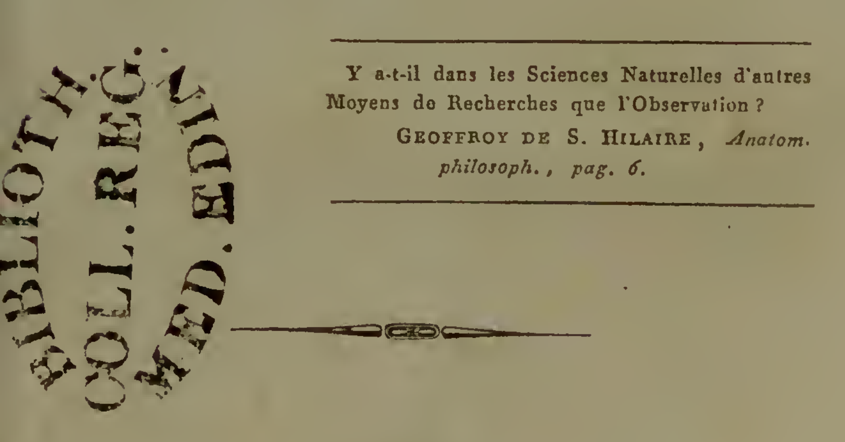
RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR

L'INFLAMMATION AIGUE DE L'ARACHNOIDE CÉRÉBRALE, SUR L'HÉMORRHAGIE CIRCONSCRITE ET SUR LE RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

PAR G. A. VAN COETSEM, M. D.

PROFESSEUR DANS LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GAND, MÉDECIN DES HOSPICES, ADJOINT DE LA CLINIQUE INTERNE ET DU GRAND HÔPITAL CIVIL DE LA MÊME VILLE, ETC.



Y a-t-il dans les Sciences Naturelles d'autres Moyens de Recherches que l'Observation ?

GEOFFROY DE S. HILAIRE, *Anatom. philosoph.*, *pag. 6.*

GAND,

Chez P. F. DE GOESIN-VERHAEGHE,

Imprimeur de l'Université.

1830.

PRÉFACE.

DEPUIS que la physiologie se bornant à l'expres-
ion claire et simple des faits, a établi *que la vie*
ou l'ensemble des phénomènes qu'on est convenu
le désigner par ce mot, est le résultat immédiat
le la structure des organes et de leurs fonctions;
es sciences naturelles ont pris un nouvel essor et
ont désormais assises sur des bases inébranlables.

L'application à l'homme malade d'un principe
léjà si fécond en idées neuves, vient d'opérer dans
es doctrines médicales une révolution importante,
que la génération actuelle accepte avec reconnais-
ance, et dont le XIXme siècle peut à juste titre
'enorgueillir. Toutefois ne nous dissimulons pas
que l'observation clinique et anatomico-patholo-
gique, judicieusement poursuivie avec une opiniâ-
reté constante, n'a pas peu contribué à confirmer
e principe ci-dessus énoncé. Elle a en outre con-
ribué à corriger les nosographies imparfaites de
nos devanciers et à découvrir le siège et la nature
d'un grand nombre d'affections graves, qui sans
elle, seraient encore aujourd'hui couvertes d'un
voile impénétrable.

Si ceux qui cherchèrent à reculer les bornes des sciences médicales proprement dites, avaient toujours consulté l'expérience et l'observation, ces autorités suprêmes auxquelles rien ne résiste; ils ne se seraient pas perdus dans le vaste champ des hypothèses, et l'esprit humain n'aurait pas été si souvent humilié par la chûte de tant de systèmes adoptés de confiance et presque sans examen, et dont l'application à l'homme malade était impossible, parce que la nature les désavouait.

Sans nous prononcer en faveur de telle hypothèse, qui, à l'époque actuelle, partage le public médical, guidé d'ailleurs par le flambeau de l'expérience et de l'observation nous avons rassemblé et étudié les nombreux matériaux que dans un espace de tems assez considérable notre position nous a permis de recueillir. Placé depuis quatorze ans en qualité de médecin-adjoint dans un des plus grands hôpitaux civils de la Belgique; avide de nous instruire par l'examen attentif et le rapprochement des faits; nous avons cherché à mettre à profit le douloureux spectacle d'un grand rassemblement de malades, pour faire tourner à l'avantage de la science et au soulagement de l'humanité souffrante, l'étude d'affections qui font si souvent le désespoir des médecins les plus habiles, et peuvent priver l'homme de la plus précieuse prérogative que le Créateur lui ait accordée.

En nous appuyant sur les importans résultats déjà fournis par l'observation clinique et anatomico-pathologique, nous avons à notre tour dirigé nos recherches sur quelques maladies de l'encéphale. Nous ne voulons pas traiter cette matière ex professo; une telle prétention forcerait à répéter fort ennuyeusement ce que nos devanciers ont déjà écrit sur le même sujet, et en entassant citation sur

itation, nous pourrions nous faire une réputation
l'érudit, mais à coup sûr nous n'atteindrions pas
e but que nous nous proposons, celui d'éclairer
e siège et le diagnostic d'affections bien dignes de
ixer l'attention des médecins. Pendant le cours
de nos pénibles investigations, nous n'avons pas
un seul instant perdu de vue les paroles remarquables d'un célèbre naturaliste (1), » Pour décrire
» exactement, il faut avoir vu, examiné, comparé
» la chose qu'on veut décrire, et tout cela sans
» préjugé, sans idée de système, sans quoi la des-
» cription n'a plus le caractère de la vérité, qui
» est le seul qu'elle puisse comporter."

Cet ouvrage est divisé en trois chapitres; le premier uniquement consacré à l'Arachnoïdite aiguë, en présente la marche, les nuances, les complications et la forme. Nous avons tâché de fixer l'attention du lecteur sur un groupe de symptômes dont l'apparition pendant le cours de cette phlegmasie peut tromper l'observateur sur leur véritable caractère; parce que revenant périodiquement à des heures fixes, ils offrent toute l'apparence d'un accès de fièvre intermittente, tandis que d'après l'observation clinique et anatomico-pathologique, la cause de cette anomalie semble devoir être cherchée et dans la phlegmasie elle-même, et dans la nature du tissu où elle siége.

Parmi un grand nombre de faits qui démontrent la vérité de cette assertion, nous avons choisi les plus saillans pour ne pas exposer le lecteur à l'ennui d'une lecture monotone et fatigante (2). Ensuite nous avons abordé les fièvres intermittentes per-

(1) Œuvres de Buffon. 1827. Tom. I. pag. 27.

(2) Outre les ouvrages cités à l'appui, le lecteur peut encore consulter : *Observations chirurgicales de Smucker*, trad. hollandaise. Leyde, 1775. in-8. Tom. I. pag. 16 et suiv.

nicieuses : ici nous avons cru remarquer que l'anatomie pathologique établit une grande analogie, au moins dans certains cas, entre ces fièvres et l'arachnitis; puisque les nécropsies nous ont toujours offert les effets non équivoques d'une inflammation de la séreuse de l'encéphale. Cette analogie tend encore à confirmer ce que nous avons avancé plus haut. Le premier chapitre est terminé par la discussion sur le traitement le plus convenable, et sur les divers moyens que l'expérience a proclamé les plus utiles pour combattre cette redoutable maladie.

Le deuxième chapitre contient tous les faits relatifs à une antre affection de l'encéphale qui attaque le tissu fibreux du cerveau, et est désignée par les écrivains modernes sous le nom d'*Hémorrhagie cérébrale, apoplexie des anciens*. Nous n'avons pas voulu réfuter sérieusement les définitions vicieuses que beaucoup de nosographies donnent de l'apoplexie. Car outre que les traits saillans d'une maladie quelconque ne peuvent être compris dans le cercle étroit d'une définition; appuyé sur les données fournies par l'anatomie pathologique, nous avons cru remarquer qu'en cas d'hémorrhagie cérébrale circonscrite et siégeant dans le tissu du cerveau, la substance de celui-ci est elle-même enflammée et offre assez souvent les traces non équivoques d'une phlegmasie ulcérative accompagnée de perte de substance et d'épanchement sanguin, dont la quantité varie beaucoup, et dans lequel on rencontre des parcelles tenues et blanchâtres des fibres médullaires. A une certaine distance du foyer, les bords de la caverne formée aux dépens de la substance cérébrale présentent des mutations morbides qu'on rapporte facilement à la consistance normale du tissu cortical ou médullaire,

laquelle est singulièrement diminuée; nous pensons en conséquence que l'hémorrhagie cérébrale est à la cérébrite ce que l'hémophtysie aiguë est à certaines pneumonies, c'est-à-dire que dans les deux cas il y a *inflammation hémorrhagique*. Cette analogie nous paraît d'autant mieux fondée, que la congestion sanguine aiguë précède toujours l'explosion de tous les signes par lesquels on découvre la phlegmasie en question.

Ainsi d'après tout ce que nous venons de dire, on conçoit facilement que la compression admise par beaucoup de médecins comme cause prochaine de l'apoplexie considérée en général, ne peut plus rendre compte de tous les symptômes qui apparaissent dans une affection aussi grave; car l'hémorrhagie se bornant dans certains cas à un espace très-restreint de l'un ou de l'autre des hémisphères cérébraux ou cérébelleux, ou des deux à la fois; ou bien occupant seulement la moëlle allongée, les tubercules, quadrijumeaux, etc., on ne peut raisonnablement admettre que la compression puisse s'étendre à toute la masse cérébrale, et cela d'autant moins que le fluide épanché remplace le tissu médullaire détruit. Ensuite il est démontré aujourd'hui que le cerveau n'est pas un organe unique, qu'il est composé de plusieurs organes, dont toutes les fonctions spéciales ne sont pas encore définitivement indiquées, mais dont quelques-unes sont suffisamment connues, pour expliquer d'une manière rationnelle les phénomènes pathologiques qui se manifestent dans les fonctions intellectuelles, ou dans les appareils musculaires soumis à la volonté, ou dans ceux qui n'y sont pas soumis, à la suite de lésions profondes de certaines parties du cerveau, destinées à balancer et à régler les mouvemens musculaires susdits. Il nous paraît

impossible de se refuser à l'évidence lorsqu'on jette les yeux sur les importans résultats rapportés dans le chapitre dont nous parlons. Au reste, nous pensons qu'il est plus conforme à la vérité d'admettre l'action comprimante comme cause prochaine des symptômes apoplectiques, quand le sang épanché en nappe couvre une grande étendue de l'encéphale; et encore conçoit-on difficilement un pareil effet mécanique lorsque le liquide extravasé occupe la base du crâne. Il nous semble qu'on a accordé trop de confiance aux expériences faites sur les animaux vivans, ainsi qu'aux effets produits par les lésions mécaniques graves de la tête, et qu'on en a trop généralisé les conséquences; d'autant plus qu'il est difficile alors de séparer les effets de la commotion de ceux qui dépendent uniquement de la compression.

Dans le troisième et dernier chapitre sont consignés les faits pathologiques relatifs au ramollissement du cerveau; nous y avons discuté la valeur diagnostique des symptômes regardés par Lallemand comme criteria propres à distinguer la maladie en question de l'hémorrhagie cérébrale; nous croyons avoir observé que dans l'état actuel de la science, il est impossible d'établir ce diagnostic; il ne faut pas s'en étonner quand l'analogie la plus frappante nous autorise à admettre d'ailleurs, comme nous avons tâché de le prouver dans la première section, que la nature des deux affections comparées entr'elles, paraît être identique, et que par conséquent elles offrent les mêmes symptômes fonctionnels comme effets de lésions analogues existantes dans le tissu fibreux de l'organe susdit. Pour que le lecteur juge par lui-même, quel degré de confiance il peut accorder à nos recherches, nous dirons un mot sur la manière dont nous avons procédé aux nécropsies

et à la rédaction des faits rapportés dans cet ouvrage. Nous eûmes toujours soin de laisser en place tous les organes et principalement le cerveau, parce que nous voulions éviter la reproche d'avoir changé les rapports naturels, perdu les fluides et altéré les mutations pathologiques du tissu; reproche plus ou moins fondé, lorsque négligeant la précaution susmentionnée, on excise et isole les viscères pour les soumettre un à un aux inspections anatomiques; nous divisions et enlevions le crâne avec beaucoup de ménagement; après quoi nous enlevions soigneusement avec une éponge le sang qui s'écoule toujours en pareil cas. Lorsque les meninges étaient détachées, nous les raclions avec le scalpel; ensuite nous coupions par tranches horizontales le tissu cérébral au moyen d'un instrument qui consistait en une lame d'acier large d'un demi pouce, à double tranchant et terminée par une extrémité mousse. Ces précautions empêchent le scalpel de s'égarer dans la substance du cerveau lorsqu'il faut le faire agir sur un espace très-limité; l'examen étant terminé, nous séparions la masse encéphalique de la moëlle épinière et la renversions pour inspecter la base du cerveau, le cervelet, etc. Les autres cavités splanchniques et les viscères qu'elles contiennent, fixaient toujours notre attention. En outre nous avions soin de confier au papier ce qui se présentait de remarquable à mesure que des perquisitions attentives nous le fesaient découvrir. Nous n'avons pas besoin de prouver que ce genre de recherches est pénible, degoûtant, très-délicat, et qu'il n'est pas toujours exempt de danger, malgré l'emploi des moyens hygiéniques recommandés en pareilles circonstances. Toutes les observations ont été rédigées au lit du malade jour par jour, et souvent plus d'une visite a été faite dans l'intervalle

de vingt-quatre heures pour étudier la marche, et l'apparition des symptômes qu'on inscrivait successivement au journal.

Nous ne finirons pas sans témoigner toute notre reconnaissance à MM. les élèves internes (1) de l'hôpital civil de cette ville, qui, témoins de la plupart des faits sur lesquels cet ouvrage est basé, n'ont cessé de donner des preuves de zèle, de sagacité et d'adresse pendant les années 1826, 1827 et 1828, lorsqu'un grand nombre d'individus de tout âge et de tout sexe ont été atteints de l'arachnoïdite aiguë et de l'hémorrhagie cérébrale.

En médecine, les observations pathologiques recueillies avec soin, étudiées avec attention, exposées et interprétées consciencieusement par des hommes habitués à interroger la nature, et dont l'esprit sait se prémunir contre la séduction de brillantes hypothèses, peuvent seules contribuer au progrès de la science. Elles conservent leur valeur tandis que les systèmes divers dont on emprunte le secours pour les expliquer, vont successivement s'ensevelir dans l'oubli. En publiant ce livre, nous avons été mû par le désir d'ajouter aux faits déjà connus, quelques autres dont l'observation parut neuve : puisse le lecteur juger que nos vœux sont accomplis !

---

(1) MM. Burggraeve, Van Toers, Goethals, Ruysschaert et Verlinden, aujourd'hui Docteurs en Médecine et en Chirurgie.

CHAPITRE PREMIER.

SECTION PREMIÈRE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ENVELOPPES DE L'ENCÉPHALE.

Pour exposer avec plus de clarté les points de Doctrine Médicale, que nous tâcherons d'établir dans cet ouvrage relativement à l'Arachnoïdite, ses nuances, ses modifications et ses complications, nous avons jugé utile de traiter d'abord de l'Anatomie et de la Physiologie des enveloppes de l'Encéphale; en effet, les notions que les médecins modernes ont acquises sur la structure et les fonctions de ces membranes, ont singulièrement contribué à éclairer le diagnostic de cette terrible affection, à indiquer son siége et à former son histoire, qui était encore, il n'y a guère que cinquante ans, incomplète, vague et tellement obscure, qu'on a souvent confondu l'Arachnoïdite avec d'autres maladies assez graves. On n'en soupçonnait ni l'existence ni la nature, et partant on ne pouvait choisir avec sûreté les moyens les plus convenables pour la combattre avec succès, et conserver ainsi à l'homme non-seulement son existence, mais encore sa prérogative la plus précieuse, c'est-à-dire la faculté de raisonner, si souvent compromise, à la suite des effets que l'Arachnoïdite chronique devait nécessairement produire sur le cerveau lui-même.

Anatomie et physiologie de la pie-mère. Cette membrane peut être divisée en deux portions, dont la pre-

mière s'appelle *externe* et enveloppe les hémisphères de l'encéphale, le cervelet, la moëlle allongée et la base du cerveau. L'autre s'appelle *intra-ventriculaire* ou *interne*, parce qu'elle pénètre dans les cavités formées dans la substance cérébrale.

La pie-mère externe est immédiatement appliquée à la surface externe des trois portions principales qui forment le point central du système nerveux. Elle pénètre dans les excavations des circonvolutions, ainsi que dans toutes les autres quelles qu'elles soient; en sorte que s'il était possible de faire disparaître toutes les parties enveloppées, elle représenterait jusqu'à un certain point leur forme aux yeux de l'anatomiste, ou pour parler plus exactement, elle dessinerait leurs reliefs. Aussi le nombre des points où elle s'écarte de la surface du cerveau est très-restreint; tel est, par exemple, le calamus scriptorius, où elle offre un pont transversal soutenu par une petite éminence médullaire continue à la portion, qui recouvre la face postérieure du cervelet. Puis on la rencontre assez souvent qui remplace la lame mince, qui ferme le troisième ventricule en devant et en bas au devant du chiasma des nerfs optiques. Là aussi la pie-mère, comme dans le calamus scriptorius, forme un pont transversal qui s'étend entre les deux hémisphères. Quant aux prolongemens de cette enveloppe qui s'insinuent entre les anfractuosités des hémisphères et les sillons transversaux et obliques du cervelet; Soëmmering (1) a montré le premier que ce sont de véritables plis, dont on peut isoler les lames en détruisant les vaisseaux sanguins qu'elles soutiennent, néanmoins l'union de ces mêmes lames est bien plus intime à leur entrée qu'au fond ou dans leur trajet. La pie-mère externe

(1) De cerebri administrationibus anatomicis, vasorumque ejus habitu.

s'unit à l'intra-ventriculaire dans le quatrième ventricule, dans les ventricules latéraux, par les fentes cérébrales antérieure et postérieure, et finalement dans l'aquéduc de sylvius.

La pie-mère *intra-ventriculaire* ou *interne* plus mince et d'une texture plus délicate que l'externe, adhère plus intimement que celle-ci aux surfaces qu'elle tapisse; au point qu'elle se confond totalement avec les parties enveloppées. Après avoir revêtu la surface des ventricules, elle fournit une portion libre, laquelle donne naissance aux plexus choroïdes, composés d'un nombre très-considérable de plis entrecroisés et disposés en séries parallèles; dans les plexus choroïdes est le point de réunion de toutes les veines qui viennent de la surface interne de la substance du cerveau; c'est encore dans ces mêmes plexus que se distribuent les artères qui vont plus loin pénétrer dans cette même substance. En dehors et en arrière les plexus des ventricules latéraux se prolongent avec cette portion de la pie-mère interne, appelée *toile choroïdienne* par Vicq-d'Azyr. C'est une lame mince, plus large dans le milieu que sur les côtés, plus plissée sur ses parties latérales que dans son milieu, laquelle du bord postérieur du corps calleux, de la face interne des lobes postérieurs des hémisphères, des pédoncules cérébraux, des tubercules quadri-jumeaux, et finalement de la partie moyenne et antérieure du cérébellum, servant d'enveloppe à la glande pinéale, se porte en avant et en dedans sous les bords postérieurs du corps calleux et de la voûte à trois piliers; arrivée sous la voûte, elle offre un feuillet triangulaire, dont la base est dirigée en arrière et le sommet en avant. Supérieurement ce feuillet adhère à la face inférieure de la voûte, tandis que sa face interne est attachée par sa partie inférieure à la supérieure de la couche optique de chaque côté.

La pie-mère considérée dans toute son étendue est une enveloppe mince et très-délicate, offrant, selon Bichat (1), un tissu-celluleux, selon Meckel (2), un tissu-muqueux, dont la surface libre est lisse, parfaitement unie et humectée par la sérosité. L'intra-ventriculaire est rugneuse et inégale à cause d'un grand nombre de villosités, ainsi que de ramifications vasculaires qui la fixent à la surface intérieure de l'encéphale. Elle est destinée à lier entr'eux et à soutenir les vaisseaux sanguins artériels, qui pénètrent de toute part dans la substance cérébrale. Intimement unie en plusieurs points avec l'arachnoïde, il ne faut pas s'étonner, que plusieurs anatomistes célèbres, et entr'autres Morgagni, aient confondu ces deux enveloppes sous le nom commun de *Pia Menynx*.

Anatomie et physiologie de l'Arachnoïde. Comme la pie-mère, l'arachnoïde se divise en *externe* et *interne* ou *intra-ventriculaire*. La première tapisse le feuillet interne de la dure-mère, couvre le cerveau, le cervelet, la moëlle allongée et la moëlle épinière; la seconde revêt les parois internes des ventricules des hémisphères et du cérébellum, etc.

Arachnoïde externe. Elle enveloppe les hémisphères de l'encéphale dans toute leur étendue, le corps calleux, les parties supérieure et inférieure du cervelet, et circonscrit l'espace intermédiaire entre les faces internes desdits hémisphères; elle adhère en beaucoup d'endroits à la pie-mère au moyen de filamens celluleux, mais ne s'introduit, ni dans les anfractuosités des circonvolutions, ni dans les sillons du cervelet; elle forme sur ces mêmes parties des ponts transversaux.

---

(1) Anatom. descript, tome III. p. 27.

(2) Manuel d'anatomie générale descriptive, etc. Paris, 1825. tom. II. p. 685.

Après avoir ainsi couvert la face convexe et supérieure des hémisphères, l'arachnoïde descend de chaque côté dans l'intervalle formé par leurs faces internes et contigues, et occupé par le processus falciforme, pour s'étendre sur le corps calleux, d'où elle se prolonge jusque sur le cervelet. Près de celui-ci on rencontre une ouverture dans laquelle s'insinue l'enveloppe séreuse, accompagnée des veines de Galien, pour aller tapisser les parois internes des ventricules latéraux (1); de-là elle se porte vers les lobes postérieurs, qu'elle enveloppe, et passe sur la scissure qui sépare les sinus latéraux de la dure-mère d'avec le cervelet; ici on la distingue très-facilement, parcequ'elle n'offre aucun point d'adhésion avec le cerveau; ensuite elle tapisse la partie supérieure et inférieure du cérébellum, et se glisse dans le sillon qui sépare ses deux lobes; elle est encore libre au devant de cette scissure, sur-tout à la partie inférieure du cervelet. En avant, l'arachnoïde s'étend aux lobes antérieurs du cerveau, qu'elle enveloppe, et entre lesquels se trouve une scissure, dont la moitié antérieure est occupée par elle, tandis qu'elle glisse sur l'autre moitié postérieure et inférieure; enfin elle enveloppe les lobes cérébraux moyens et se glisse en formant un pont transversal sur la scissure de Sylvius, sans s'enfoncer dans cette cavité.

A la base du cerveau cette membrane couvre la glande pituitaire, l'infundibulum, les nerfs et le chiasma des nerfs optiques, auquel elle adhère intimement; finalement les gros vaisseaux sanguins et plusieurs autres parties. En prenant notre point de départ au tubercule grisâtre et aux éminences mammillaires, nous voyons que l'arachnoïde les couvre et ferme la fente, qui établit une communication entre ces corps et le troisième ventricule; de ces mêmes éminences elle se porte

(1) V. Savary, dictionn. des sciences médic., tom. II. p. 264.

en arrière vers l'espace triangulaire formé par les pédoncules du cerveau au devant de la protubérance annulaire, qu'elle recouvre légèrement; ensuite elle se porte vers cette éminence, en passant sur la scissure qui limite l'espace triangulaire en question, et après avoir couvert la protubérance elle-même, elle passe sur un autre sillon pour se porter ensuite vers la moëlle allongée qu'elle enveloppe, et descend dans le tube Rachidien. Cependant avant d'y entrer, elle s'insinue dans le sillon qui se trouve entre les corps pyramidaux et y forme une espèce de médiastin; du reste elle se comporte de la même manière à l'égard des autres sillons, qu'on observe de chaque côté des éminences pyramidales.

Arrivée dans le tube Rachidien, elle pénètre jusqu'à son extrémité inférieure, forme un sac entièrement fermé autour de la moëlle épinière sans adhérer à celle-ci; au contraire, elle laisse un assez grand intervalle entre cet organe et sa surface correspondante et contigue; comme dans le crâne elle fournit des gaînes à tous les nerfs spinaux encore contenus dans le canal spinal, et se réfléchit sur la face interne de la dure-mère. Mais l'arachnoïde externe ne termine pas encore ici ses prolongemens; en se réfléchissant elle fournit des gaînes aux artères carotides internes, ainsi qu'aux vertébrales, quand elles sont entrées dans le crâne; on peut dire la même chose des veines correspondantes, ainsi que des nerfs contenus dans la boëte osseuse. Enfin, cette enveloppe séreuse en s'éloignant de la base du cerveau, descend sur l'infundibulum, après quoi s'étant réfléchie, elle forme une duplicature et se prolonge jusqu'au feuillet qui tapisse la face interne de la dure-mère; la duplicature fournit une petite gaîne à la portion inférieure de l'entonnoir et descend vers la glande pituitaire, dont elle couvre la surface externe.

Ainsi, comme l'observation le prouve contre l'opinion de Haller (1), l'arachnoïde n'est pas perçée par l'entonnoir, mais celui-ci en reçoit seulement une petite enveloppe, et par conséquent n'est pas contenu dans le sac formé par la séreuse dont il s'agit. Finalement, le dernier prolongement de l'arachnoïde externe est celui, qui va tapisser la face interne ou encéphalique de la dure-mère, tant cérébrale que spinale. En effet, l'aspect brillant et lisse de celle-ci, l'analogie que celle-là offre, tant par les rapports anatomiques que physiologiques avec le péricarde, la plèvre et le péritoine; la différence d'organisation qui existe entre la lame fibreuse de la dure-mère et l'arachnoïde qui lui est unie; l'état anormal de ces deux membranes, entre lesquelles le pus s'accumule dans certains cas (2); et enfin les expériences anatomiques, d'après lesquelles on peut détacher des lambeaux considérables de cette même lame interne, et rompre ainsi la continuité qui existe entre celle-ci et la face correspondante de la dure-mère; toutes ces données prouvent évidemment l'existence du prolongement en question, et des phénomènes qui en sont la suite.

Arachnoïde intra-ventriculaire. Elle pénètre dans l'intérieur du cerveau entre l'extrémité antérieure de la face supérieure du cervelet et le corps calleux. C'est aussi là que l'interne s'unit à l'externe, mais sans former un sac simple, puisque la connexion y est interrompue par une ouverture ronde, qu'on y voit, et qui indique le commencement de l'intra-ventriculaire. Cette même ouverture est l'orifice externe d'un canal séreux, qui passe sur la glande pinéale, se porte entre les bords antérieurs des couches optiques, au-dessous de la voûte, et va se terminer à l'extrémité antérieure du troisième

(1) Elementa physiol., tom. IV. p. 57-59.
(2) Vicq-d'Azyr, mémoires de Paris, 1781, p. 479,

ventricule (ventricule moyen); de-là il s'étend jusqu'au trou de Monro, d'où il se plonge dans les cavités des ventricules latéraux, dont il tapisse les parois internes, en même tems qu'il recouvre les parties situées dans ces mêmes cavités. D'après l'observation des frères Wenzel (1), la bandelette qu'on rencontre entre les corps cannélés et les couches des nerfs optiques, est une duplicature de l'arachnoïde; bandelette, qui chez les enfans et les mammifères, n'a pas la nature cornée que Soëmmering lui attribue à cause de sa consistance et de son opacité. On l'appelle bandelette terminale, stria terminalis. Une autre duplicature de l'arachnoïde intra-ventriculaire est celle qui rampe sur le bord supérieur et interne des couches optiques, s'unit en arrière à la duplicature de la glande pinéale, et disparait en avant vers les piliers de sa voûte.

Nous avons dit que la séreuse en question, non-seulement tapisse les parois ventriculaires, mais recouvre aussi les parties qui se rencontrent dans ces cavités; ainsi outre les duplicatures que l'arachnoïde fournit aux pieds d'Hippocampe, aux unguis et aux éminences collatérales de Meckel, on en découvre encore une autre appelée *bandelette médullaire*, placée dans la courbure postérieure de chaque côté. Cette bandelette s'unit à la bandelette terminale indiquée ci-dessus vers le bord concave et interne de l'Hippocampus, tandis que son bord libre flotte dans la cavité ventriculaire (2). Quelquefois elle est double ou divisée en deux parties; les impressions appelées *digitées* sont également formées par l'arachnoïde interne (3).

Le septum lucidum placé au-devant des ventricules

---

(1) De penitiore cerebri structura. Tubinga, 1812. f°. pag. 87.
(2) Lenhossekii, physiol. medicin., vol. IV. p. 155.
(3) Carus, Versuch einer darstellung des nervens systems, p. 293.

latéraux, et au-dessous du corps calleux, est composé de deux lames disposées parallèlement, et qui circonscrivent une cavité que les frères Wenzel nomment premier ventricule (1). La séreuse intra-ventriculaire tapisse aussi ses parois internes, ferme la fente triangulaire qu'on observe dans l'angle postérieur, couvre le sillon creusé dans le plancher inférieur de ce ventricule et se comporte à l'égard des cannelures qui s'y trouvent, comme à la surface externe du cerveau.

Le canal séreux de l'arachnoïde dont nous avons parlé plus haut, s'ouvre aussi dans le troisième ventricule, qui offre à sa partie supérieure une fente par laquelle les ventricules latéraux communiquent avec celui-ci; cette fente s'unit au canal en question, qui étant placé derrière les piliers de la voûte, établit ainsi la communication entre les cavités latérales; en outre, à la partie postérieure du troisième ventricule s'ouvre un autre conduit nommé *aquéduc de Sylvius*, qui passant sous les tubercules quadrijumeaux se termine dans le quatrième ventricule; les parois de ce dernier canal sont probablement aussi revêtues d'un prolongement de l'arachnoïde intra-ventriculaire, laquelle après avoir tapissé les parois internes de cette cavité, y forme des plis très-sensibles à la vue simple.

Les endroits où l'arachnoïde externe est presqu'isolée de la pie-mère sousjacente, sont: tout le trajet de la moëlle épinière, la face inférieure et antérieure de la moëlle alongée, la partie postérieure du cervelet, la partie inférieure et moyenne du cerveau; ces observations sont de la plus haute importance dans les recherches pathologiques de cette enveloppe, dont l'adhésion morbide ne peut être bien constatée que dans celle de ses parties qui par une phlegmasie antécédente ont con-

(1) De penitiore cerebri structura. Tubing., 1812. f°.

tracté adhérence avec la membrane sousjacente, là, où celle-ci est seulement contigue.

L'arachnoïde est une membrane mince, transparente, très-délicate et d'une structure parfaitement homogène; elle ressemble beaucoup à celle de l'amnios, avec laquelle elle a la plus grande analogie (1), elle paraît être formée de tissu cellulaire (2). Jusqu'aujourd'hui on n'y a découvert ni nerfs, ni vaisseaux sanguins; la sécrétion de sérum à laquelle elle préside dans le crâne et le tuyau rachidien, fait présumer que quelques vaisseaux exhalans et absorbans entrent dans la composition de son tissu. D'ailleurs à l'instar des séreuses, elle forme *un sac sans ouverture*, dont les prolongemens tant intérieurs qu'extérieurs dessineraient très-bien les contours des cavités qu'ils tapissent et des parties qu'ils couvrent, s'il était possible de faire disparaître ces parties tout en laissant les prolongemens en situation. Son extensibilité, son défaut de contractilité et de sensibilité dans l'état normal, ses fonctions, ses maladies, telles que les épanchemens séreux ou puriformes qui ont lieu dans les cavités formées par ses prolongemens, les adhérences morbides entre ses surfaces contigues, la suppuration, la production des fausses membranes à la suite de phlegmasie, etc., tous ces phénomènes prouvent évidemment que l'enveloppe dont il s'agit, appartient à la classe des séreuses.

Et qu'on ne s'imagine pas que les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement à l'arachnoïde, soient superflus ou inutiles; la connaissance en est nécessaire à quiconque veut apprécier l'état pathologique de cette membrane, lorsqu'on y découvre les effets d'une maladie antécédente; car, ainsi qu'il a été dit plus

---

(1) Kurt. Sprengel, instit. medic., tom. II. p. 190.

(2) Bichat, ouvrage cité.

haut, c'est aux surfaces où l'arachnoïde s'unit intimement à la pie-mère, que se présentent les plus grands obstacles aux recherches anatomico-pathologiques, si importantes pour bien déterminer le siége et la nature des maladies qui envahissent le tissu arachnoïdien. D'ailleurs les circonstances qui accompagnent les dissections du cerveau, sont quelquefois capables d'induire en erreur celui qui se livre à de pareilles investigations, quand il n'a pas une idée nette et exacte des rapports anatomiques de la membrane qui nous a occupés jusqu'ici.

SECTION DEUXIÈME.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

« Ubi irritamentum morbosum quoddam solido vivo » et præsertim partibus solido-mollibus admotum est, » ibi reactionem morbosam justo majorem nasci, quæ » irritatio vocari poterit, quâque stante, fluidorum et » præsertim sanguinis in capillaria partis irritatæ vel » stimulatæ affluxum fieri." Voilà ce que nous écrivions il y a cinq ans, nous appuyant sur les importans travaux du célèbre Broussais et de ses dévanciers. Cet habile observateur donne à l'Aphorisme cité des développemens nouveaux et tels que les anciens n'ont jamais soupçonné l'existence de maladies inflammatoires, dont grâces à lui la connaissance exacte s'acquiert aujourd'hui avec facilité, et dont le traitement simplifié et rationnel n'embarrasse plus que les médecins, qui se refusant à suivre les progrès toujours croissans des sciences médicales, aiment mieux se traîner péniblement dans la route battue par leurs prédécesseurs, que de se livrer à des recherches capables d'éclairer leur raison. Cependant nous convien-

drons avec franchise, que quoiqu'on soit parvenu à jeter une lumière très-vive sur un grand nombre d'affections inflammatoires mal appréciées et confondues jadis avec d'autres maladies; quoiqu'on ait bien établi leur siége, éclairé leur diagnostic, il en reste encore beaucoup dont l'histoire demeure incomplète, et dont les différentes nuances sont loin d'être décrites avec une exactitude suffisante; car l'état inflammatoire et subinflammatoire de certains organes, nous offre souvent des caractères si fugitifs, si difficiles à saisir, des symptômes si obscurs, que nous ne reconnaissons l'étendue du mal, que lorsqu'il a fait des progrès immenses, et qu'ayant envahi tout le tissu viscéral, des phénomènes allarmans viennent éveiller notre attention, et une mort imprévue nous avertir trop tard que nous étions égarés dans une fausse route, que nous nous perdions dans le vague des hypothèses.

Ces vérités, dont aucun médecin de bonne foi ne pourra, nous osons le croire, contester l'évidence, trouvent sur-tout leur application dans les phlegmasies de l'encéphale et de ses dépendances; et sans avoir la vaine prétention d'écrire un traité *ex professo* sur la matière, nous avons l'espoir bien fondé que le livre que nous présentons au monde médical, pourra contribuer à éclairer le diagnostic de ces affections inflammatoires, qui ont le funeste pouvoir de nous enlever la plus précieuse de nos facultés, et de nous mettre ainsi de niveau avec les êtres organiques qui occupent le dernier anneau de la chaîne animale.

Nous commencerons donc par exposer les symptômes de la première nuance que peuvent offrir les phlegmasies commençantes de l'arachnoïde cérébrale ou de la substance encéphalique, ou enfin l'hémorrhagie cérébrale: (apoplexie sanguine) bien entendu que nous n'avancerons

rien à cet égard qui ne soit établi sur les observations de nos devanciers, ou sur celles qui nous sont propres. Comme tous les viscères dont le tissu reçoit un grand nombre de vaisseaux sanguins, l'encéphale peut s'engorger de sang à la suite d'une irritation produite par l'application de causes morbifères, nommées dynamiques ou mécaniques. Cet afflux du sang vers la portion centrale du système nerveux, nous l'appelons *congestion sanguine active*, parce qu'abandonnée à elle-même, elle passe souvent à l'état d'arachnite, d'encéphalite, ou d'hémorrhagie cérébrale. Pour mieux atteindre le but que nous nous sommes proposé, nous laisserons parler l'observation.

En premier lieu Morgagni (1) nous a décrit plusieurs faits pathologiques qui prouvent jusqu'à l'évidence qu'une accumulation de sang dans le cerveau et les vaisseaux sanguins de la pie-mère avait eu lieu pendant la vie, et persistait encore après la mort. En effet, il rapporte qu'ayant enlevé au moyen du scalpel, la substance médullaire en tranches plus ou moins épaisses, la plus légère pression en faisait jaillir le sang sous forme de gouttelettes, et qu'il trouva les vaisseaux eux-mêmes toujours dilatés outre mesure; mais l'illustre anatomiste ne déduisit de ces faits aucune conséquence. Les observations qui vont suivre, contribueront, à ce qu'il nous semble, à y faire reconnaître cette affection qui change souvent en l'une ou l'autre des maladies graves ci-dessus indiquées; lesquelles ne sont que des conséquences plus étendues, des effets plus violens de l'accroissement graduel de la congestion du sang dans l'encéphale, ainsi que de la vive réaction des tissus sur-irrités.

Observation I. – *D. vander Cruyssen*, âgé de 36 ans, garçon brasseur d'une constitution sanguine et robuste,

---

(1) Vid. Epist. III. art. 26. V. 19. VII. 13. XV. 8. XXI. 35. IV. 16. 21. V. 6. VII. 15. 17, etc.

entre dans l'hôpital civil de Gand le 17 novembre 1824, malade depuis deux jours. Il est à peine convalescent d'une arachnoïdite aigue dont il a été atteint au mois d'octobre précédent et qui était la suite des abus de boissons spiritueuses auxquels il se livre; il accuse les symptômes suivans : douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, pesanteur, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, somnolence et pourtant insomnie, mouvemens des membres et prononciation difficiles et lents, voix faible, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, rougeur de la face, chaleur brûlante au front, appétit nul, langue sèche et rougeâtre, selles retardées, pouls lent et peu développé, respiration normale, sécheresse de la peau, dont la température est naturelle, défatigation, position horizontale du corps. (*X sangs. aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; R. aq. lax. vienn : ℥ iv. en deux doses, que le malade prendra dans l'intervalle d'une heure.*)

18 Nov. Mieux. La céphalalgie et la pesanteur sont beaucoup diminuées, les pulsations des tempes ont disparu, sommeil de quatre heures, prononciation et voix normales, face pâle et composée, langue humide, encore un peu rougeâtre, sueurs profuses, mouvement volontaires faciles, pouls faible et un peu plus fréquent que hier, trois selles, inappétence. (*Sinap. à la nuque, diète, ptys. oxym.*)

19. Le malade continue à aller mieux. Il reste encore une légère céphalalgie, le sommeil est bienfaisant, plus de soif, langue naturelle, etc. (*Même prescrip. que hier.*)

20 – 21. Idem. L'appétit se prononce, une déjection alvine. (*Vésicatoire à la nuque, soupe maigre, ptysane oxym.*)

22 Nov. Le vésicatoire a donné beaucoup de sérum, la céphalalgie a cessé, du reste bien en tout. (*On entretient le vésicatoire, soupe grasse.*)

23, 24, 25, 26. Idem. (*Même prescription.*)

27. Le malade a pris trop d'alimens, la céphalalgie est revenue, mais reste bornée à la moitié gauche de l'encéphale; inappétence, insomnie, selles libres. (*Diète, ptys. oxym.*)

28. Idem. (*Même prescription.*)

29. La céphalalgie persiste dans la moitié gauche de la tète et augmente, un cercle rouge occupe la joue du même côté, insomnie, il n'y a ni somnolence ni pesanteur. (*VI sangs. aux tempes gauches, ptys. oxym., diète.*)

30. La douleur a cessé, sommeil de cinq heures, pâleur de la face, l'appétit revient, langue humide, pas de soif, selles libres. (*Ptys. oxym., soupe maigre.*)

Décembre 1 à 4. Convalescence complète.

Notez. A son entrée, le malade étant ivre délirait; on n'a pas fait mention de ce délire dans l'observation qui précède, parce qu'il disparut aussitôt que l'état d'ivresse eut cessé. En consultant l'observation N° 30, on verra que la maladie actuelle était une rechûte amenée par l'abus des spiritueux auquel cet homme avait continué à se livrer après sa première guérison.

Observation II. – *Sophie Eekhoute*, fille non mariée, âgée de 22 ans, très-bien reglée, d'un tempérament sanguineo-lymphatique, travaillant dans une fabrique de coton, où elle fait le métier d'éplucheuse, offrant une constitution saine et bien développée, entra dans l'hôpital civil de Gand le 26 janvier 1828, se plaignant depuis trois jours des symptômes suivans: douleur vive et continue de la tête augmentant vers le soir et diminuant le matin, accompagnée de pulsations perçues au

centre de l'encéphale, et d'une pesanteur, qui suivant l'expression de la malade, *rend sa tête si lourde,* qu'elle ne peut la soulever sans beaucoup d'efforts et sans augmenter la céphalalgie; du reste insomnie, face animée, yeux brillans, mouvemens volontaires lents et difficiles, paupieres presque closes et rougeâtres, présence d'esprit, prononciation lente et difficile, voix rauque, langue humide, rougeâtre, large et bien développée, soif, perte d'appétit, selles rares, urines normales, pouls lent, régulier et concentré, peau normale; les autres fonctions n'offrent rien de particulier. (*Application de dix sangsues aux tempes, avec ordre de laisser couler le sang pendant une heure; lavement émollient, boissons émollientes, diète sévère.*)

27. Beaucoup mieux. La céphalalgie a disparu comme par enchantement et avec elle les symptômes locaux indiqués ci-dessus; le pouls est devenu naturel, le sommeil revient, il est bienfaisant, l'appétit se fait sentir, la malade a évacué une assez grande quantité de fèces dures et jaunâtres. (*Bouillon léger, mêmes boissons.*)

28. La convalescence se déclare.

29 – 30. Convalescence complète.

Observation III. – Le nommé *Joseph Cutenie,* âgé de 14 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, saine et bien développée, travaillant dans une filature de coton, accuse depuis quatre jours les symptômes suivans: douleurs vives et continues dans toute l'étendue de l'encéphale, plus fortes du côté droit qu'au côté gauche, accompagnées dans la moitié droite de pulsations très-grandes et très-incommodes, insomnie, mouvemens volontaires lents et difficiles, chaleur brûlante au front, soif; l'appétit persiste encore quoique diminué, selles

ibres, urine rougeâtre, pouls un peu développé et tant soit peu fréquent, apyrexie; du reste les facultés intellectuelles restent intactes, la prononciation est nette, mais la voix faible, la face est animée et un peu gonflée, les yeux brillent sans changement de couleur, malaise général, les autres fonctions sont dans l'état naturel.

Ce malade entra dans l'hôpital le 1r Avril 1828.

2 Avril. Même état. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; mixt. antiphl.; boissons rafraîchissantes.*)

3. Mieux. Les douleurs de l'encéphale ont disparu, ainsi que les autres symptômes; sommeil de quatre à cinq heures, le pouls est devenu naturel, sueurs générales et abondantes, l'urine est pâle; le malade exprime le désir de prendre de la nourriture, selles retardées. (*Mêmes prescriptions, moins la saignée; lavement; soupe maigre.*)

4. L'amélioration se soutient; déjection alvine de fèces dures, l'appétit se prononce, urine naturelle. (*Soupe maigre, boissons rafraîchissantes.*)

5 – 6. Convalescence complète.

Observation IV. – Le nommé *Adrien Beesman*, âgé de 22 ans, ouvrier, d'une constitution sanguine athlétique, entra dans l'hôpital civil de Gand le 16 Avril 1828, accusant les symptômes suivans: douleurs gravatives et continues dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pesanteur, somnolence et pourtant insomnie; les douleurs devenaient plus vives à l'approche de la nuit et diminuaient vers le matin; chaleur brûlante au front, la face n'est pas animée, les yeux n'offrent pas le brillant qu'on a remarqué dans le cas précédent, on y remarque seulement cet état qui annonce un grand

assoupissement, lequel est par moment suivi d'apparence de sommeil, interrompu aussitôt par un reveil en sursaut; aucune pulsation n'est perçue aux tempes, les facultés intellectuelles restent intactes ainsi que les mouvemens volontaires des membres qui offrent l'état sain. Le malade croit qu'il a besoin de dormir pour se rétablir; l'appétit est nul, selles libres, pouls naturel quant à l'étendue des pulsations, mais plus lent que dans l'état normal; pas de soif, langue blanchâtre, bouche un peu amère, douleurs abdominales intermittentes et légères; les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

17 Avril. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète sévère; ptysane oxym. à volonté.*)

18. Le malade se sent peu soulagé, il paraît que la congestion du sang augmente encore, puisque tous les symptômes notés ci-dessus sont plus intenses. (*Artériotomie de la temporale gauche, on tire* 15 *onces de sang; lavement; du reste mêmes prescriptions.*)

19. Amélioration remarquable. L'encéphale est totalement dégagé; les douleurs ont cessé, le malade a eu un sommeil bienfaisant de six heures, la pesanteur et l'insomnie ont disparu; le *malade se sent guéri.* Pouls normal sous tous les rapports; une déjection alvine copieuse de fèces dures; l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxymel; soupe maigre.*)

20. Par continuation mieux. L'appétit se prononce. (*Idem; soupe grasse.*)

21 – 22. Convalescence complète.

Observation V. – La nommée *Pauline Ghyteire,* âgée de 18 ans, fileuse dans une filature de coton, d'une constitution sanguineo-lymphatique, bien reglée, se plaint depuis huit jours des symptômes suivans : douleurs vives

et continues dans toute l'étendue de l'encéphale, pulsations perçues aux tempes qui augmentent par le plus léger mouvement de la tête, chaleur brûlante au front, somnolence et pourtant insomnie, face animée, yeux brillans, sans changement de couleur; mouvemens volontaires lents, difficiles et accompagnés de lassitude, peu de soif, l'appétit persiste encore, langue développée et enduite d'une croûte blanchâtre, apyrexie, selles libres, pouls plus lent que dans l'état naturel et un peu dur; les facultés intellectuelles restent intactes, la prononciation est difficile et lente, la voix presque cassée; les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

Cette malade entra dans l'hôpital civil le 24 Avril 1828.

25 Avril. Même état. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; mixt. antiph.; boissons rafraîchissantes.*)

26. Amélioration remarquable. Les douleurs de l'encéphale, l'insomnie et les autres symptômes mentionnés ci-dessus, ont disparu; sommeil de 4 à 5 heures. Le pouls est revenu à son état normal; l'appétit se prononce vivement; selles retardées. La malade est atteinte d'une légère toux, accompagnée de douleur, l'expectoration est muqueuse. (*R. Mucil. gg. arab.* ℥ *iv. Syr. de alth.* ℥ *ß., toutes les deux heures une cuillère à bouche; boissons émoll.; soupe maigre.*)

27. L'amélioration se soutient, la toux et la douleur qui l'accompagnait ont cessé. (*Boissons adoucissantes, soupe grasse.*)

28 – 29. Convalescence complète.

Observation VI. – *Edouard Roelants*, âgé de 15 ans, ouvrier tanneur, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entra dans l'hôpital civil de Gand le 16 Mai 1828, se disant malade depuis cinq jours; sa maladie avait

commencé par des douleurs vives occupant toute l'étendue de l'encéphale, néanmoins il avait continué son travail jusqu'au moment où il réclama du sécours; il offre alors les symptômes suivans: les douleurs vives et continues persistent, elles sont accompagnées de pulsations perçues aux tempes, chaleur brûlante au front, soif, face animée, mouvemens volontaires lents et difficiles, les facultés intellectuelles restent intactes, prononciation lente mais nette, voix faible, yeux brillans sans changement de couleur, langue humide et rouge mais dilatée, douleurs abdominales intermittentes, selles rares, peu d'appétit, pouls fréquent et peu développé, sueurs abondantes; les autres fonctions n'offrent rien de particulier.

17 Mai. Même état. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixt. antiphlogistique, toutes les deux heures une cuillère à soupe; diète; boissons rafraîchissantes.*)

18. Amélioration remarquable. L'encéphale est dégagé, peu de pyrexie, tous les symptômes notés ci-dessus ont disparu, le pouls est devenu naturel, sueurs copieuses qui continuent encore, sommeil bienfaisant de six heures; le malade a eu une selle. (*Même prescription, moins la saignée.*)

19. L'amélioration se soutient. Le malade se sent guérir, il manifeste le désir de prendre de la nourriture. (*Boissons rafraîchissantes: soupe maigre.*)

20. Idem. L'appétit se prononce. (*Soupe grasse.*)

21 – 22. Convalescence complète.

Observation VII. – *Colette Cartier*, âgée de 19 ans, ouvrière d'une constitution sanguineo-lymphatique, bien reglée, entra à l'hôpital civil de Gand le 16 Mai 1828, se plaignant des symptômes suivans: douleurs vives et générales par tout l'encéphale, accompagnées de pul-

sations perçues au sommet de la tête, bourdonnement des oreilles, pesanteur, face animée, yeux brillans sans changement de couleur, somnolence et pourtant insomnie, mouvemens volontaires difficiles et lents, présence d'esprit, prononciation lente et nette, voix peu affaiblie, appétit nul, selles rares, urines et peau naturelles; le pouls s'écarte à peine de l'état normal, seulement il paraît un peu plus lent en raison de l'âge et de la constitution de la malade; les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

17 Mai. Même état. (*XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixt. antiphlogistique à raison d'une cuillère à soupe toutes les deux heures; lavement; diète.*)

18. Tous les symptômes alarmans relatifs à l'encéphale ont disparu; la malade se sent beaucoup mieux, le pouls a repris, quant à la fréquence, son état normal, le lavement n'a pas fait d'effet. (*Boissons délayantes; un peu de bouillon; R. Ol. ricini ℥ j. Mell. dispum. ℥ j. à prendre en une fois.*)

19. Déjections alvines copieuses et dures, l'appétit se fait sentir. (*Boissons délayantes.*)

20. Ecart dans le régime; douleur vive à l'épigastre, langue sèche et brunâtre, soif, inappétence, légère pyrexie, pouls fréquent et développé, douleur à l'encéphale peu remarquable. (*VIII sangsues à l'épigastre; lavement; boissons émollientes; diète.*)

21. Mieux-être général; la douleur et les autres symptômes d'irritation à l'estomac n'existent plus, l'appétit revient. (*Usage de boissons émollientes; on accorde un peu de nourriture.*)

22 – 23. Mieux par continuation; la malade entre en convalescence. (*Mêmes boissons; on augmente encore la quantité des alimens.*)

24. Convalescence complète.

Observation VIII. — Le nommé *Bernard Capernie*, âgé de 17 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique et bien développée, tisserand, réclama le secours de l'hôpital le 17 Mai 1828; il s'était déjà plaint depuis 8 à 10 jours d'une douleur à l'encéphale qu'il avait négligée et qui s'était accrue au point de lui interdire toute espèce de travail; à son entrée il offrit les symptômes suivans: douleurs vives et continues dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pulsations aux tempes, augmentées par le plus léger mouvement de la tête, chaleur brûlante au front, face rouge, animée, yeux brillans sans changement de couleur, somnolence et pourtant insomnie, paupières mi-closes, mouvemens volontaires lents, difficiles et accompagnés de sentiment de lassitude, les facultés intellectuelles restent intactes; langue jaunâtre et sèche, la prononciation est gênée et la voix plus faible, le pouls est fréquent mais plutôt petit et presque *faible*, diarrhée, peu d'appétit, douleurs abdominales revenant par intervalles; les autres fonctions sont dans l'état normal.

18 Mai. Même état. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang un quart-d'heure: R. Mucil. gg. arab.* ℥ *iv. Syr. de alth.* ℥ *js., toutes les deux heures une cuillère à soupe; diète; boissons rafraichissantes.*)

19. Diminution considérable de tous les symptômes indiquant l'affection de l'encéphale; la diarrhée persiste, la soif est moindre, la langue se nettoye, le pouls se développe un peu mais reste fréquent, peu d'appétit, trois heures de sommeil. (*Mêmes prescriptions moins la saignée.*)

20. Peu de changement. (*Idem.*)

21. Les douleurs de l'encéphale sont revenues mais moins intenses, la soif est augmentée, pyrexie, selles retardées, le pouls est plus fréquent mais développé.

(*Idem; VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant un quart-d'heure.*)

22. Amélioration remarquable; tous les symptômes notés ci-dessus ont disparu; sommeil naturel, la tête est libre, plus de soif, selles naturelles, l'appétit se fait sentir, apyrexie. (*Boissons rafraîch.; soupe maigre.*)

23 – 24. Convalescence complète.

Observation IX. – Le nommé *Joseph Balthazar*, âgé de 15 ans, travaillant dans une filature de coton, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entra dans l'hôpital civil de Gand le 28 Mai 1828, il était malade depuis neuf jours, et sa maladie, légère dans le commencement, s'était insensiblement accrue au point de lui interdire toute espèce de travail; il accusait les symptômes suivans: douleurs vives et continues dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pulsations aux tempes et d'une chaleur brûlante au front; les facultés intellectuelles restent intactes; les mouvemens volontaires sont lents et difficiles, la face est rouge et animée par intervalles, les yeux brillent sans changement de couleur; inappétence, soif, langue sèche et chargée d'un enduit jaunâtre, selles retardées, légères douleurs abdominales, le pouls est dans l'état normal, les autres fonctions s'exécutent régulièrement.

29 Mai. Même état. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang un quart-d'heure; lavement; mixt. antiphlog. à raison d'une cuillère à bouche toutes les deux heures; boissons émoll.; diète.*)

30. Amélioration remarquable. Tous les symptômes ont disparu comme par enchantement, la tête est complètement dégagée; le malade a fait une selle copieuse, la langue est humide et bien développée, sommeil bienfaisant. (*Mêmes prescription moins la saignée.*)

31 Mai. Mieux par continuation ; l'appétit se fait sentir. (*Soupe maigre.*)

1 – 2 Juin. Convalescence complète.

Observation X. – Le nommé *Lièvin Willems*, âgé de 17 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique et saine, entra dans l'hôpital civil de Gand le 29 Mai 1828, accusant depuis quatre à cinq jours une légère douleur à la tête accompagnée de perte d'appétit et de douleurs vagues et intermittentes dans les intestins; la bouche est pâteuse et amère, la langue enduite d'une croûte jaunâtre; du reste selles rares, apyrexie, pouls normal, la peau est dans l'état naturel ; les autres fonctions n'offrent rien de particulier.

30 Mai. Même état. (*Diète ; ptysane oxym. ; R. Aq. fontis* ℥ *iv. Mannæ elect.* ℥ *js. Mell. dispum.* ℥ *j., Musc. toutes les heures une cuillère à soupe.*)

31. Le malade a eu cinq selles, le mal de tête a disparu, les autres symptômes sont diminués, l'appétit ne revient pas. (*Diète ; ptysane oxym.*)

1 Juin. Le mal de tête est un peu revenu; du reste même état que hier. (*Diète ; sinapisme à la nuque ; mixt. antiphlog.*)

2. Le mal de tête est augmenté depuis hier, la face est pâle, yeux un peu plus brillans que dans l'état sain, apyrexie, pouls plus lent que ne comportent l'âge et le sexe du malade ; les autres symptômes d'irritation persistent. (*Diète, etc.*)

3. Douleur vive perçue dans toute l'étendue du cerveau, pesanteur incommode, pulsations senties dans les deux hémisphères, facultés intellectuelles intactes, mouvemens musculaires volontaires lents et difficiles, insomnie, prononciation lente et gênée, voix peu affaiblie, face jaune, pâle, air de souffrance, yeux brillans,

soif, langue humide et blanchâtre, le pouls et l'urine, ainsi que la peau, sont dans l'état normal, selles retardées. (*Diète; VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixt. antiphlog.*)

4 Juin. Mieux sensible, les symptômes de congestion du sang dans l'encéphale n'existent plus; le malade a passé une bonne nuit, l'appétit se fait sentir, évacuation alvine spontanée, la pâleur de la face persiste encore, mais la teinte jaune s'est évanouie; les mouvemens musculaires volontaires s'exécutent avec facilité et sans douleur, voix et prononciation normales. (*Ptys. oxym., on accorde un peu de soupe maigre.*)

5. Par continuation mieux, l'appétit se prononce, la maladie marche vers la convalescence. (*Même ptysane; soupe grasse.*)

6, 7 et 8. Convalescence complète.

Observation XI. – *Victoire Raer*, non mariée, agée de 28 ans, journalière, bien reglée, d'une constitution sanguineo-bilieuse, se plaint depuis trois semaines de coliques accompagnées de diarrhée sans fièvre et qu'elle a abandonnées à la nature; depuis trois semaines l'irritation mucoso-intestinale est suivie des symptômes suivans: douleur vive et continue dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pesanteur, pulsations aux temps, somnolence et pourtant insomnie, chaleur brûlante au front, facultés intellectuelles intactes, face animée, soif ardente, mouvemens volontaires lents, difficiles et accompagnés de lassitude, yeux brillans sans changement de couleur, paupières rougeâtres, langue sèche, rétrécie, pointue, et rouge à sa circonférence, diarrhée, appétit nul, pouls dur, petit et fréquent. La malade entra dans l'hôpital le 6 Juin 1828.

7 Juin. Même état. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure : catapl. émoll. à l'abdomen; R. Mucil. gumm. arab. ℥ iv. Syr. de alth. ℥ js., toutes les deux heures une cuillère à soupe; diète; boissons émoll.*)

8. Mieux sensible. Les symptômes allarmans relatifs à l'encéphale ont cessé; la diarrhée persiste, mais les déjections sont moins fréquentes, la soif est remplacée par la moiteur de la langue encore un peu rougeâtre, mais devenue large et développée; le sommeil revient, le pouls s'approche de l'état normal, etc. (*Même prescription exceptée la saignée locale.*)

9. Mieux par continuation; la diarrhée a cessé, sommeil tranquille et bienfaisant, l'appétit se fait sentir, pouls naturel. (*Soupe maigre: boissons émollientes.*)

10 – 11. Convalescence complète.

Observation XII. – *François Maelbrandt*, âgé de 27 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, ouvrier travaillant dans une filature de coton, se plaint depuis deux à trois jours de perte d'appétit, de douleurs continues et vives à la tête, accompagnées de pulsations légères aux tempes et de rougeur à la face; les yeux sont brillans sans changement de couleur, les facultés intellectuelles restent intactes, prononciation lente et gênée, voix un peu rauque, somnolence et pourtant insomnie, peu d'appétit, amertume de la bouche, chaleur brûlante au front, nausées, selles retardées, mouvemens volontaires lents et difficiles, pouls lent et plus développé que dans l'état normal; les autres fonctions s'exécutent régulièrement. Le malade entra dans l'hôpital le 11 Juin 1828.

12. Même état. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; décoction émolliente d'orge pour boisson; diète; lavement.*)

13 Juin. Amélioration remarquable; le malade a passé une bonne nuit, tous les symptômes allarmans ont disparu, le lavement a provoqué une selle copieuse, peu d'appétit, le pouls est devenu normal. (*Ptys. oxym.; diète.*)

14. Mieux par continuation, l'appétit se fait sentir. (*Soupe maigre; même ptysane.*)

15 – 16. Convalescence complète.

Observation XIII. – *Pierre Verlanker*, âgé de 55 ans, d'une constitution sanguine, ouvrier travaillant au nouveau canal de Neuzen, entra dans l'hôpital civil de Gand, le 11 Juin 1828; il présentait les symptômes qui suivent: douleurs vives et continues à la tête accompagnées de vertiges, rougeur de la face, chaleur brûlante au front, pesanteur insupportable. facultés intellectuelles intactes, voix très-faible; le malade parle en balbutiant, yeux brillans, mouvemens volontaires difficiles et lents, sentiment de défatigation, malaise général, perte d'appétit, soif, langue chargée d'un enduit jaunâtre, selles rares, pouls lent et pas développé, urines naturelles; les autres fonctions sont dans l'état normal.

12 Juin, quatrième jour depuis l'invasion de la maladie. Même état. (*XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; R. Aq. Laxat. Vienn.* ℥ *iv., on l'administre après la saignée, diète.*)

13. Tous les symptômes alarmans qui annonçaient une forte congestion de sang dans l'encéphale, ont disparu; le malade a eu cinq selles liquides, le pouls est dans l'état normal, le sommeil revient, le mal de tête est très-léger, un peu d'appétit, langue nette. (*Sinapisme à la nuque; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

14. Mieux par continuation, l'appétit se prononce. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

15, 16, 17 et 18. Convalescence complète.

Observation XIV. – La nommée *Isabelle Colpaert*, veuve, âgée de 43 ans, ménagère, entra dans l'hôpital civil le 26 Juin 1828, accusant les symptômes qui suivent: douleur vive et continue dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations fortes aux tempes qui augmentent par le plus léger mouvement de la tête, mouvemens musculaires volontaires difficiles et lents, sentiment de défatigation, face animée et rouge, yeux brillans sans changement de couleur, paupières rougeâtres et presque fermées, chaleur brûlante au front, somnolence et pourtant insomnie, intégrité des facultés intellectuelles, accablement général; il y a soif inextinguible, langue sèche et rouge, pointue, frangée à la circonférence et enduite d'une croûte blanchâtre; appétit nul, selles fréquentes et liquides, pouls petit, dur et lent, battemens des artères carotides; les autres fonctions s'exécutent régulièrement. La malade est bien réglée.

26 Juin. Même état. La maladie date depuis 6 jours. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; catapl. émoll. à l'abdomen; mucil. gg. arab. ℥ iv. Syr. de alth. ℥ js., toutes les deux heures une cuillère à bouche: boissons émoll.; diète.*)

27. Diminution sensible de tous les symptômes notés ci-dessus, néanmoins la céphalalgie persiste encore mais à un moindre degré, pyrexie légère, pouls plus développé et un peu fréquent, déjections alvines moins nombreuses, la langue s'humecte et commence à se développer, le battement des carotides est diminué mais continue encore; trois heures de sommeil. (*X sangsues aux tempes; du reste, mêmes prescriptions que ci-dessus.*)

28. Tous les symptômes relatifs à l'affection de l'encéphale ont disparu; néanmoins la diarrhée persiste encore, la soif est moins intense, apyrexie, la langue

est naturelle, le pouls est régulier, lent et faible, l'appétit revient. (*Mêmes mixture et boissons; catap. émoll. sur l'abdomen; soupe composée de riz et de lait de vache.*)

29 Juin. Mieux par continuation. La diarrhée a totalement cessé, le sommeil est naturel et bienfaisant, l'appétit se prononce. (*On supprime les cataplasmes ainsi que l'usage des mucilagineux; même soupe.*)

30 Juin, 1, 2 et 3 Juillet. Convalescence complète.

Observation XV. – *Isabelle Lyn*, fille non mariée, âgée de 39 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, bien reglée, ouvrière dans une filature de coton, se plaint depuis 8 jours des symptômes suivans: douleurs vives et continues dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pesanteur et de pulsations fortes perçues aux tempes, insomnie, et chaleur brûlante au front; les yeux sont vifs et brillans sans changement de couleur, les facultés intellectuelles restent intactes; néanmoins la voix est faible, la prononciation lente et gènée; il y a rougeur et gonflement de la face, mouvemens volontaires difficiles et lents, sécheresse de la langue qui est large et développée, soif, perte d'appétit, malaise général, pyrexie légère, poulx fréquent et plus développé que dans l'état naturel, chaleur de la peau sans sécheresse; les autres fonctions s'exécutent régulièrement. Dans cette situation, la malade fut transportée à l'hôpital civil le 26 Juin 1828.

27 Juin. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixture antiphl.; lavement; diète.*)

28. Amélioration dans les symptômes ci-dessus décrits, néanmoins les douleurs de l'encéphale, la pesanteur, les pulsations et l'insomnie persistent à un moindre degré, pyrexie moindre, le pouls s'approche, *quant à la*

force, de l'état normal. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; même prescription.*)

29 Juin. Amélioration très-sensible; la tête est totalement dégagée, le sommeil revient, le pouls est dans l'état normal, l'appétit commence à se faire sentir. (*Mixt. antiphl.; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

30. Mieux par continuation, une selle naturelle mais dure. (*Même ptysane; soupe grasse.*)

1 Juillet. Ecart dans le régime; vomissement copieux de matière bilieuse; du reste, la malade ne souffre pas. (*Même ptysane; soupe maigre.*)

2, 3, 4 et 5. Convalescence complète.

Observation XVI. – *Antoine Dorez*, tonnelier, âgé de 35 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine, entra dans l'hôpital civil le 30 Juin 1828, malade depuis cinq jours et accusant les symptômes qui suivent: douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale; cette douleur légère dans le principe s'était graduellement accrue, elle était accompagnée de pesanteur et de pulsations aux tempes; les facultés intellectuelles étaient intactes, la prononciation gênée et la voix affaiblie, les mouvemens volontaires des membres lents et indolores, mais accompagnés d'un sentiment de défatigation; chaleur assez vive au front, visage rouge et animé, yeux brillans sans changement de couleur, l'appétit persiste, la langue est sèche mais bien développée, les selles sont libres, peu de sommeil mais cependant somnolence, urine rouge, légère augmentation de température de la surface cutanée, pouls lent et plein; les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

1 Juillet. Même état. (*R. Aq. laxat. vienn. ℥ iij., à*

prendre en deux fois pendant l'intervalle de deux heures; diète; ptysane oxym.)

2 Juillet. Le malade a eu quatre selles liquides et muqueuses sans en éprouver du soulagement; du reste même état que le jour précédent. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; ptysane oxym.; diète.*)

3. Amélioration sensible. La douleur de l'encéphale a disparu, sommeil bienfaisant de cinq heures, les mouvemens volontaires sont devenus faciles, plus de soif, langue humide, pouls lent et mou, une selle, l'appétit se prononce. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

4 – 5. L'amélioration se soutient. (*Ptysane oxym.; soupe grasse.*)

6. Le malade a fait un écart dans le régime, léger mal de tête, appétit moindre; du reste apyrexie. (*Soupe maigre; sinap. à la nuque; ptysane oxym.*)

7. En tout bien. Une selle copieuse, la douleur de l'encéphale a disparu, l'appétit revient. (*Soupe grasse.*)

8, 9 et 10. Convalescence complète.

Observation XVII. – *Jaqueline Lesseniers*, non mariée, âgée de 24 ans, d'une constitution sanguine et bien développée, bien reglée, entra dans l'hôpital civil de Gand, le 23 Juillet 1828, déjà malade depuis cinq jours et accusant les symptômes qui suivent: douleur vive et continue dans toute l'éteudue de l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes, de pesanteur ainsi que de chaleur brûlante au front; la douleur augmente par le plus léger mouvement, il y a somnolence et pourtant insomnie, les facultés intellectuelles restent intactes, rougeur de la face, paupières à demi closes, les yeux brillent sans changement de couleur, pupilles normales, pas d'appétit, peu de soif; selles rares, urines

teintes, légère pyrexie, pouls un peu plus fréquent que dans l'état naturel mais développé, mouvemens volontaires difficiles et lents, prononciation lente et gênée, voix naturelle; les autres fonctions n'offrent rien de particulier.

24 Juillet. Même état. (*Saignée avec la lancette xij ℥; XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure: diète sévère; boissons rafraîch.; lavement.*)

25. Amélioration remarquable; le pouls est revenu (quant à l'espace) à l'état normal, seulement il reste un peu plus fréquent; les douleurs de l'encéphale ont cessé, la malade a reposé pendant quatre heures, elle a évacué par la bouche une grande quantité de bile, ce qui l'a beaucoup soulagée; il reste encore un peu d'amertume à la bouche, la langue est humide et jaunâtre, selle copieuse. (*Ptysane oxym.; R. Aq. fontis ℥ iv, Mannæ elect. sal. glaub.* ãã ℥ *j., Mellis despum.* ℥ *s., toutes les heures une cuillère à soupe; diète.*)

26. Deux selles liquides, l'amertume de la bouche a disparu, apyrexie, l'appétit ne se fait pas encore sentir; du reste l'amélioration se soutient. (*Rep. ead. mixt.*)

27. Mieux par continuation, encore trois selles liquides, l'appétit se prononce; du reste, la malade se sent guérir. (*Ptys. oxym., soupe maigre.*)

28 – 29. Idem. (*Soupe grasse.*)

30 – 31. Convalescence complète.

Observation XVIII. – La nommée *Jeanne Jonkheere*, servante, âgée de 36 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique et saine, a toujours été bien reglée; malade depuis dix jours, elle reclame les sécours de l'hôpital où elle entre le 25 Juillet, offrant les symptômes suivans: douleur gravative occupant toute l'étendue de

l'encéphale accompagnée de pesanteur, de somnolence, de pulsations des tempes, ainsi que d'insomnie; du reste, légère chaleur au front, visage animée, yeux brillans sans changement de couleur, les facultés intellectuelles sont intactes, la voix est claire et la prononciation facile mais lente, mouvemens volontaires des membres douloureux et lents; il y a soif, la langue est humide, rougeâtre, mais bien développée; l'appétit persiste encore, les selles sont libres et l'urine naturelle; augmentation légère de la température de l'organe cutané, pouls plus fréquent mais peu développé, apyrexie.

26 Juillet. Même état. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixt. antiphlog.; diète; ptysane oxym.*)

27. Tous les symptômes relatifs à la congestion sanguine dans l'encéphale, notés hier, ont cessé; la malade a eu 6 heures de repos, il y a apyrexie, une déjection alvine, plus de soif, la langue est développée et humide. (*Mixt. antiph.; même ptysane; soupe maigre.*)

28. Par continuation mieux; l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxym.; même soupe.*)

29 – 30. (*Soupe grasse.*)

31 – 1 Août. Convalescence complète.

D'après les observations précédentes, les symptômes qui indiquent la congestion active du sang dans l'encéphale, sont: douleur vive et constante occupant toute l'étendue de la tête, pesanteur, pulsations des tempes, rougeur de la face, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, mouvemens volontaires des membres douloureux et difficiles, défatigation, somnolence et pourtant insomnie, plus rarement vertiges; en outre, la prononciation est lente et gênée, la voix tantôt faible, tantôt rauque et tantôt cassée, apyrexie, pouls lent, concentré, même faible en apparence;

la température de la peau, la respiration et la transpiration insensible sont normales; il y a inappétence, d'autres fois l'appétit persiste, il y a soif, la langue offre son état normal, les selles sont régulières; les individus atteints sont presque tous jeunes, à la fleur de l'âge, ou d'un âge mûr, cependant les enfans de 8 à 11 ans ne sont pas à l'abri de la maladie. Les évacuations sanguines soit par les sangsues, soit par la section de l'artère temporale, superficielle de l'un ou l'autre côté, enlèvent assez facilement l'engorgement sanguin du tissu encéphalique.

Néanmoins il est bon d'observer que parmi les symptômes qui viennent d'être énumérés, quelques-uns sont sujets à varier, tandis que, dans certains cas, d'autres ne se manifestent pas du tout, deviennent très-obscurs, ou enfin sont capables d'induire en erreur sur le véritable état des choses le médecin que ne guiderait pas l'ensemble de ceux qui se présentent (1). La céphalalgie, la pesanteur et les pulsations des tempes doivent certainement être placées au premier rang quant à leur valeur diagnostique: du moins parmi le grand nombre de sujets atteints de congestion sanguine aiguë que nous avons traités, ne nous sommes nous jamais trompés sur la véritable nature de la maladie, quand nous avons trouvé ces symptômes réunis. Nous n'oserions pas dire la même chose de la rougeur de la face si variable chez les femmes et les enfans, et si inconstante d'après les différentes époques de la journée auxquelles on visite les malades. Il en est de même du pouls, de la température extérieure du corps ainsi que de la transpiration insensible; ces phénomènes physiologiques changent fort peu dans l'affection qui nous occupe; d'ailleurs, plusieurs obser-

(1) Voyez la IVme observation.

ations parmi celles que nous avons rapportées, et spé-
ialement la quatrième, nous en offrent des exemples
rappans. Quelquefois le pouls s'accélère un peu, et semble
nnoncer une légère pyrexie, lorsqu'on compare cette
ccélération avec quelques autres symptômes, tels que la
écheresse et la rougeur de la langue, la soif, etc.; mais
ncore ces derniers sont si faibles, si fugaces et si varia-
les, qu'on n'ose pas y compter pour établir le diagnostic.
a somnolence et l'insomnie sont deux signes précieux,
arce qu'ils annoncent presque toujours un état d'irrita-
on du cerveau accompagné, ou bien suivi d'un afflux
lus ou moins considérable de sang vers cet organe.
ussi les avons nous observées presqu'aussi constamment
ue la céphalalgie et la pesanteur.

Les signes puisés dans les mutations morbides que
ibissent la voix et la prononciation pendant le cours de
. première nuance de l'Arachnitis aiguë, semblent avoir
usqu'aujourd'hui fort peu fixé l'attention des médecins
raticiens; il nous paraît qu'en général on néglige trop ces
mptômes quand ils ne sont pas étroitement liés à l'exis-
nce d'une maladie quelconque des organes respiratoires.
uoiqu'il en soit, nous avouons franchement que nous
ons été singulièrement frappés des changemens qui
irviennent dans la voix et la prononciation des malades
teints de congestion sanguine aiguë dans l'encéphale.
La voix s'affaiblit successivement à mesure que con-
nue et augmente l'afflux du sang vers le cerveau; et
rsque cette première affection passe insensiblement à
état d'Arachnitis, on observe qu'elle s'éteint : dans
rtains cas nous fumes obligés d'approcher l'oreille
ès-près de la bouche du malade pour comprendre ce
i'il disait. Quelquefois elle devient rauque, et cette
ucité pourrait faire présumer que la muqueuse tra-
ıéale ou laryngée commence à s'enflammer. Cependant

il n'en est rien, puisqu'immédiatement après l'application des saignées locales aux tempes, la voix reprend son timbre normal et devient claire. Finalement elle présente aussi parfois à l'oreille le timbre de *voix cassée*, mais cette espèce de changement est infiniment plus rare, et dépend directement de la même cause prochaine que les autres modifications que nous venons de signaler.

Quant à l'articulation de la voix ou prononciation, elle mérite une attention particulière dans la maladie qui nous occupe; quelquefois et sur-tout au début, elle est encore nette, mais très-lente, plus tard elle devient difficile, et sans oser dire que le patient balbutie, il est obligé de faire de grands efforts pour proférer une certaine série de mots capables d'exprimer l'idée ou les idées qu'il veut communiquer à celui qui l'interroge; souvent les réponses sont brèves et composées de phrases prononcées à demi; ou bien il y a certains mots, certaines expressions que le malade ne peut rendre, et plus d'une fois nous avons été obligés d'articuler nous mêmes les mots, et de l'engager à répondre par oui ou non, ou par signes, afin de comprendre ce qu'il disait. Cette lenteur, cette difficulté de prononciation est encore plus remarquable chez les sujets de 8 à 10 ans; ici il y a un véritable balbutiement, et on a souvent toutes les peines du monde à saisir l'enchaînement des paroles très-péniblement articulées. Que si l'on nous objectait que dans les maladies des voies aëriennes le même phénomène se reproduit de la même manière, nous répondrions que dans ces dernières affections les deux poumons, où l'un d'entr'eux et les instrumens de la voix étant simultanément plus ou moins atteints, l'exercice de la respiration est difficile et gêné, parce que l'inspiration ne se fait pas entièrement à cause de l'obstacle opposé au passage du sang au travers du tissu pulmonaire,

et parce que l'action des muscles inspirateurs est déjà enchaînée. Tandis que dans la maladie qui nous occupe, la respiration reste souvent normale et se ralentit seulement; par conséquent la lenteur et la difficulté de la prononciation ainsi que l'affaiblissement de la voix doivent être attribuées au défaut d'innervation, résultat de l'irritation de la portion centrale du système nerveux, puisque celle-ci préside à l'exercice de la voix et de la parole. Plus tard nous reviendrons encore sur le même objet, lorsque nous traiterons de l'Arachnitis.

L'invasion de la congestion sanguine aiguë dans l'encéphale n'a pas toujours lieu de la même manière; tantôt elle éclate brusquement, et se manifeste dans les vingt-quatre heures; alors en ayant égard aux antécédens, à la constitution de l'individu, à son âge, à son régime, et finalement aux symptômes locaux déjà décrits, on peut facilement reconnaître la nature et le siège de la maladie; mais lorsque celle-ci se développe lentement, lorsque sa marche est insidieuse et obscure, lorsqu'enfin elle dure huit ou dix jours, et que pendant ce laps de tems elle offre des phases d'augmentation et de diminution qui se succèdent d'une manière très-bizarre, le médecin est quelquefois embarrassé pour découvrir le véritable siège du mal et prévenir les terribles conséquences qui se manifesteront infailliblement s'il se laisse induire en erreur; c'est dans ces circonstances qu'il faut porter une attention spéciale sur les symptômes locaux pris collectivement, que nous avons énumérés plus haut. La vérité de ce précepte devient plus palpable encore, quand chez de jeunes sujets la maladie se complique dès le premier moment de son invasion, d'irritations vermineuses, ou de phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale.

L'engorgement sanguin inflammatoire n'occupe pas

toujours toute l'étendue du cerveau et de ses dépendances; nous avons sous les yeux plusieurs observations qui démontrent qu'il peut être partiel, c'est-à-dire se borner seulement à une partie, quelquefois à une moitié de ce viscère; la dixneuvième et la vingtième observation surtout mettront ce fait dans tout son jour: aussi dans la suite de cet ouvrage, lorsque nous décrirons l'Arachnoïdite, nous aurons soin d'éveiller l'attention de nos lecteurs sur la limitation partielle de la susdite affection.

Observation XIX. – *Marie Keersmaker*, veuve, âgée de 62 ans, journalière, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 8 Mai 1824, malade depuis vingt-quatre heures; elle accuse les symptômes suivans: céphalalgie violente et continue occupant la moitié gauche du cerveau, pesanteur, pulsations des tempes, élancemens et éblouissemens qui reviennent à des intervalles peu éloignés, légers vertiges; les facultés intellectuelles et les sensations externes sont intactes; affaiblissement remarquable de la voix, prononciation lente et difficile mais claire, face rouge dans toute son étendue, mais la teinte en est plus foncée du côté gauche; yeux brillans, cornée transparente injectée, pupille plus dilatée du côté gauche que du droit, mouvemens des extrémités lents, douloureux et pénibles, accompagnés de légers tremblemens, déglutition normale, somnolence et pourtant insomnie, le sommeil semble s'annoncer par moment, mais il est interrompu par des rêves affreux, et la malade s'éveille en sursaut; respiration peu gênée, pouls fréquent mais peu développé, inappétence, langue naturelle, pas de soif, selles libres, température de la surface cutanée normale, l'âge critique s'est passé sans accident. Cette malade a été saignée au bras avant son entrée.

9 Mai. (*VIII sangsues aux tempes gauches; R. Aq. Laxat. Vienn. ℥ iv, à prendre la moitié ce matin, l'autre moitié l'après-dînée après l'application des sangsues; diète; ptys. oxym.*)

10. Amélioration remarquable; la céphalalgie, la pesanteur et les pulsations des tempes ont disparu; plus de vertiges ni éblouissemens, sommeil tranquille de quelques heures, face composée, prononciation facile, respiration normale, pouls naturel, les tremblemens des membres ont cessé, les mouvemens de ceux-ci sont indolores, quatre selles liquides. (*Soupe maigre; ptys. oxym.*)

11. L'amélioration se soutient; les vertiges reviennent mais sont légers; une selle, l'appétit se fait sentir. (*Vésicatoire à la nuque; du reste, mêmes prescriptions que le jour précédent.*)

12. Marche assurée et ferme, plus de vertiges, appétit vif, sommeil bienfaisant, une selle, le vésicatoire a beaucoup donné. (*On panse le vésicat.; soupe grasse.*)

13, 14 et 15. Convalescence complète.

Observation XX. — *Jean Joseph Scheer*, âgé de 26 ans, charbonnier, d'une constitution robuste et sanguine, entre dans l'hôpital civil de Gand le 19 Mai 1828, accusant depuis huit jours les symptômes suivans: douleur vive dans toute l'étendue de l'encéphale, pulsations senties aux tempes, pesanteur, mouvemens volontaires, fatigans et douloureux, bourdonnement des oreilles, surditée légère, facultés intellectuelles intactes, somnolence et pourtant insomnie, yeux vifs et brillans sans changemens de couleur, face rouge, paupières presque closes, peu d'appétit, selles rares, urines naturelles, la température de la peau est augmentée, pouls plus lent mais développé, langue blanchâtre, humide, peu de soif; les autres fonctions s'exécutent régulièrement.

20 Mai. Même état. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; lavement; diète; mixt. antiphlog.; toutes les deux heures une cuillère à soupe.*)

21. Mieux sensible; la douleur de tête s'est entièrement dissipée, mais seulement du côté gauche; elle est diminuée du côté droit, où persistent en partie les symptômes ci-dessus décrits; le pouls est revenu à son type normal, le malade a dormi pendant trois heures, il a eu une selle, la peau est moite, la soif n'existe plus. (*VI sangsues aux tempes gauches, on laisse couler le sang pendant une demi-heure. Mêmes prescriptions; sinapismes à la nuque après la saignée.*)

22. La douleur est totalement dissipée, le malade a dormi paisiblement pendant quatre heures, tous les autres symptômes ont disparu; l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxymellée; soupe maigre; lavement.*)

23. Mieux par continuation, l'appétit se prononce, une selle. (*Soupe grasse.*)

24. Douleur vague à la tête, mais qui offre de longs intervalles d'intermission, l'appétit persiste, les alimens sont bien supportés. Idem. (*Vésicatoire à la nuque.*)

25. Le vésicatoire a donné copieusement; le malade est dans un état satisfaisant, et par continuation mieux. (*Idem.*)

26 – 27. Convalescence complète.

Ainsi comme la plèvre, le péritoine, les différentes portions de la muqueuse et le parenchyme des autres viscères, le tissu de l'encéphale peut, comme celui de ses enveloppes, offrir des engorgemens sanguins partiels ou inégaux, c'est-à-dire, lorsque le sang a rempli outre mesure une portion seulement du réseau artériel des hémisphères cérébraux, etc.; l'espace limité dans lequel les symptômes apparaissent, et les déplétions

sanguines appliquées à la partie souffrante, prouvent que la congestion occupe tel ou tel côté de la tête, telle ou telle portion de l'encéphale. Mais la seule observation clinique ne doit pas être invoquée pour établir ce point de doctrine, l'anatomie pathologique concourt aussi à le confirmer; car Morgagni (1), que nous aurons à citer bien souvent, nous a laissé la description de cinq nécropsies, par lesquelles il est évidemment prouvé que les enveloppes cérébrales et le cerveau lui-même offrent des engorgemens sanguins aigus circonscrits soit à l'hémisphère droit et à ses enveloppes, soit à l'hémisphère gauche et aux siennes, et enfin que lors même que tout le réseau artériel de l'encéphale est injecté, il peut l'être davantage dans une moitié que dans l'autre. Ce fait pathologique mérite toute l'attention des praticiens: il nous est arrivé quelquefois, qu'après avoir enlevé presqu'en entier la congestion sanguine par les moyens appropriés, la convalescence ne se déclarait pas à raison de la continuation des symptômes circonscrits à l'un ou l'autre point de la tête, et qu'en abandonnant la maladie à la nature, elle se reproduisait sous une forme très insidieuse et en même tems plus menaçante.

SECTION TROISIÈME.

Lorsque la congestion sanguine aiguë est parvenue au point que nous venons d'indiquer, elle peut être résolue par les moyens thérapeutiques que nous proposerons à la fin de ce chapitre, ou par les efforts de la nature qui amène

(1) Ouvrage cité Epist. V, art. 15; VII, 11 et 12; LX, 2; LXII, 9; LII, 30.

parfois, mais très-rarement, une évacuation sanguine abondante. Cette heureuse issue n'ayant pas lieu, la maladie suit sa marche tantôt lente, tantôt rapide, et comme l'observation le démontre, elle se transforme en arachnoïdite aiguë, ou en hemorrhagie cérébrale, ou bien en encéphalite ou phlegmasie de la substance du cerveau.

Nous allons nous occuper de la première, qui est la plus fréquente sur-tout chez les sujets jeunes, ou à la fleur de l'âge, et dont la constitution est sanguine ou sanguineo-lymphatique; néanmoins le passage à l'état d'arachnoïdite ne se fait pas toujours brusquement, au contraire, il peut encore offrir une nuance particulière laquelle se prononce de plus en plus à mesure que la phlegmasie se développe. Elle suit à-peu-près la même marche lente ou aiguë observée dès le début dans l'apparition des phénomènes morbides, qui ont annoncé l'engorgement sanguin aigu. Cette transition peut donc être considérée comme le commencement de l'arachnitis. Mais n'anticipons pas sur les faits et laissons encore parler l'observation clinique.

Observation XXI. – Le nommé *H. Pensimalle*, garçon âgé de 8 ans, d'une constitution saine et qui se développe bien, entre dans l'hôpital civil de Gand le 20 Novembre 1827, malade depuis 5 à 6 jours; il accuse une douleur vive et constante occupant toute l'étendue de l'encéphale et accompagnée de pulsations des tempes; la voix est faible, la prononciation difficile et lente, position horisontale du corps, chaleur brûlante au front, pâleur de la face qui exprime un sentiment de souffrance qu'on ne peut définir, yeux sensibles à l'action de la lumière, brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, soif, langue sèche et rougeâtre, inappétence, pyrexie, pouls vif et fréquent, peau sèche

dont la température est très-élevée; les facultés intellectuelles restent intactes, il y a somnolence et pourtant insomnie, mouvemens musculaires des membres difficiles et douloureux *decubitus plumbeus*; du reste, les selles sont regulières et naturelles, la respiration un peu plus fréquente que dans l'état normal.

21 Novembre. Même état. (*R. VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant un quart-d'heure; mixt. antiphl.; toutes les heures une demie cuillère à soupe; diète; ptysane oxym.*)

22. Idem. Beaucoup mieux; la douleur de l'encéphale et les pulsations des tempes ont disparu; la face est pâle mais composée, le mouvement des membres est devenu facile, la voix est naturelle, le malade parle sans difficulté; peu de soif, langue humide, pouls fréquent et faible, sommeil bienfaisant et tranquille de 4 à 5 heures, les yeux supportent l'action de la lumière, la pyrexie est beaucoup diminuée, une selle, les urines sont normales. (*Mixt. antiph.; ptysane oxym.; diète.*)

23. L'amélioration se soutient; le malade a bien dormi la nuit passée, il commence à reprendre sa vivacité, apyrexie complète, pouls normal quant au nombre des pulsations, mais faible, l'appétit reparaît. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

24. De mieux en mieux; une selle, l'appétit se prononce. (*Ptys. oxym.: soupe maigre.*)

25, 26 et 27. (*Soupe grasse.*)

28, 29 et 30. (*Idem.*)

1 Décembre. Idem. Convalescence complète.

Depuis ce moment jusqu'au 20 du même mois, le malade a eu une rechûte par suite d'écarts répétés dans le régime; mais la maladie a été victorieusement combattue par les moyens déjà invoqués ci-dessus; de sorte que ce garçon a quitté l'hôpital le 6 Janvier 1828, jouissant d'une très bonne santé.

Observation XXII. – Le nommé *François Traput*, ouvrier travaillant au creusement du canal de Neuzen, d'une constitution sanguineo-lymphatique et robuste, âgé de 54 ans et exposé depuis 4 heures du matin jusqu'à 8 heures du soir à l'action combinée d'un soleil ardent et d'effluves marécageux, entre dans l'hôpital civil de Gand le 10 Juillet 1828: l'invasion de la maladie date de quatre jours et le malade accuse les symptômes suivans: douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, somnolence et pourtant insomnie, pulsations des tempes, accompagnées d'élancemens qui reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés; les facultés intellectuelles restent intactes, mais la prononciation est très-lente et difficile, et la voix faible; il y a chaleur brûlante au front, les yeux brillent sans changement de couleur, les diamètres pupillaires sont diminués, rougeur de la face, mouvemens musculaires volontaires des membres difficiles et douloureux, *decubitus plumbeus*; la température de la surface cutanée est légèrement augmentée, il y a soif, l'appétit persiste encore; langue blanchâtre, humide et bien développée; les selles sont rares, le pouls n'est pas, quant au nombre des pulsations, dans l'état normal, mais fréquent, tendu et dûr, pyrexie.

11 Juillet. Même état. (*R. Artériotomie de la temporale gauche de ℥ xij; diète sévère: lavement; ptysane oxymellée.*)

12. Amélioration remarquable; les douleurs de l'encéphale, etc., ont disparu comme par enchantement; le malade a reposé pendant 4-5 heures, les mouvemens volontaires des membres sont devenus faciles, la voix et la prononciation sont naturelles, le pouls est lent et mou, les pupilles offrent leur diamètre normal; le malade a eu une selle copieuse, l'appétit persiste, apyrexie. (*Ptysane oxym.; diète.*)

13 Juillet. L'amélioration se soutient; désir vif de prendre de la nourriture, sommeil bienfaisant, selles naturelles. (*Soupe maigre.*)

14, 15 et 16. (*Ptysane oxym.; Soupe grasse.*)

17. Convalescence complète.

Observation XXIII. – La nommée *Rose van Paemel*, servante, âgée de 26 ans, non mariée, d'une constitution sanguineo-lymphatique assez robuste et étant bien reglée, réclame les secours de l'hôpital civil de Gand, où elle entre le 21 Juillet 1828. Déjà malade depuis 15 jours, elle accuse les symptômes qui suivent : la maladie a commencé par une douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, somnolence et pourtant insomnie, pulsations des tempes; à ces symptômes se sont joints ensuite ceux-ci : chaleur brûlante au front, douleurs lancinantes intermittentes, mais revenant à des intervalles de 6 à 7 minutes et déterminées sur-tout par le plus léger bruit. Les mouvemens volontaires sont douloureux et presqu'impossibles, la voix presqu'éteinte, et la prononciation si difficile qu'on comprend à peine les paroles que la malade profère. La position du corps est horizontale et ce qu'on appelle *decubitus plumbeus*: les facultés intellectuelles sont légèrement troublées sur-tout lorsque la malade est abandonnée à elle-même; il y a *subdelirium*, pas de sommeil : la face est très-rouge, les yeux brillent sans changement de couleur, le diamètre pupillaire est diminué, la langue est rouge, sèche et couverte d'un enduit fuligineux qui s'étend jusqu'aux dents; peau brûlante et sèche, pouls fréquent, vif, petit et dùr, selles abondantes et muqueuses, soif, respiration fréquente et accélérée.

22 Juillet. Même état. (*R. Artériotomie de la temporale gauche, on tire xiv onces de sang; catap. emoll. sur*

l'abdomen; R. mucil. gg. arab. ℥ *iv; syr. de Ath.* ℥ *is; toutes les deux heures une cuillère à bouche; boissons rafraich.; diète sévère.*)

23 Juillet. Amélioration remarquable; les douleurs de la tête, le *subdelirium*, les douleurs musculaires, etc., ont cessé comme par enchantement; la malade se meut avec facilité, est stupéfaite de se trouver dans l'hôpital, et reconnait ceux qui l'entourent, elle a reposé pendant 5 heures, et sent encore le besoin de dormir; la respiration est devenue normale, apyrexie presque complète, pouls encore fréquent mais du reste naturel, la soif est beaucoup diminuée, la langue se nettoie sur les bords, la fréquence des déjections alvines est diminuée, pas encore d'appétit, moiteur de la peau dont la température est moins élevée qu'hier. (*Catap. emoll. à l'abd.; mucil. gum. arab.* ℥ *iv, etc.; diète absolue; boissons rafraîch.*)

24. L'amélioration se soutient; la malade a passé une bonne nuit; tous les mouvemens volontaires sont faciles, les facultés intellectuelles sont intactes, douleur nulle part, face normale, pouls moins fréquent qu'hier, mais quant a l'*espace*, entièrement naturel; la langue est humide, continue à se nettoyer et se dilate vers la pointe, la soif est beaucoup diminuée, la malade exprime le désir de prendre quelque nourriture, les selles deviennent plus rares mais restent liquides. (*Mêmes prescr. soupe maigre avec un peu de biscuit.*)

25. Par continuation mieux; les selles deviennent naturelles, l'appétit commence à se faire sentir, apyrexie complète, pouls faible mais lent. (*On augmente un peu la quantité des alimens; ptysane oxym.*)

26. Idem; l'appétit se prononce, les alimens se digèrent sans difficulté. (*Soupe grasse.*)

27, 28 et 29. (*Idem.*)

30. Convalescence complète.

Observation XXIV. – *Joséphine Verhulst*, fille âgée de 11 ans, entre dans l'hôpital civil de Gand le 26 Juillet 1828, malade depuis 8 jours, et accusant les symptômes suivans: douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, somnolence et pourtant insomnie; les facultés intellectuelles ainsi que les sensations externes restent intactes, les mouvemens volontaires sont douloureux et difficiles, et le plus léger effort pour les exécuter augmente singulièrement la céphalalgie; en outre rougeur de la face, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, très sensibles à l'action de la lumière, diminution notable du diamètre pupillaire, prononciation lente et très-difficile, voix faible; puis soif, langue sèche et blanchâtre, inappétence, selles retardées, pouls vif et accéléré, respiration accélérée, la température de l'organe cutané est très élevée.

27 Juillet. Même état. (*R. VI sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant un quart-d'heure; lavement; diète; ptysane.*)

28. Mieux; la pesanteur, la somnolence, les pulsations des tempes ainsi que la douleur ont disparu, excepté à la région frontale où elles persistent; sommeil de trois heures, la pyrexie est beaucoup diminuée, face pâle et composée, diamètre pupillaire augmenté depuis hier, mouvemens volontaires plus faciles, prononciation et voix presque naturelles, sueurs, soif moindre, langue humide et blanchâtre, une selle copieuse. (*Diète; ptysane; sinapis. aux pieds.*)

29. A-peu-près même état qu'hier; la douleur, etc., occupe toujours la région frontale qui est sèche et brûlante, peu de sommeil, soif, langue humide et rougeâtre, selles retardées, etc. (*VIII sangsues au front; diète; lavement; ptysane oxym.*)

30 Juillet. Beaucoup mieux; la douleur, etc., a totalement disparu; front humide offrant une température normale, apyrexie complète, plus de soif, langue humide et blanchâtre, pouls faible, fréquent et mou, sueurs copieuses, sommeil de six heures, les mouvemens volontaires s'exécutent avec facilité; une selle, l'appétit se fait sentir. (*Ptysane; soupe maigre.*)

31. L'amélioration se soutient, l'appétit se prononce. (*Ptysane; soupe maigre.*)

1 et 2 Août. (*Soupe grasse.*)

3, 4 et 5. Convalescence.

Observation XXV. – *Dina van Werpel*, fille âgée de 11 ans, malade depuis 10 jours, bien constituée et n'offrant pas la moindre trace d'affection héréditaire quelconque, entre dans l'hôpital civil de Gand le 28 Juillet 1828, offrant les symptômes suivans: douleur vive et continue de tout l'encéphale accompagnée de pulsations des tempes, d'élancemens et de pesanteur qui s'accroissent par le plus léger mouvement de la tête; les facultés intellectuelles restent intactes; mais il y a rougeur de la face, chaleur brûlante au front, les yeux sont brillans, les paupières à demi-closes, somnolence et néanmoins insomnie, *decubitus plumbeus*, mouvemens volontaires douloureux et difficiles, la prononciation lente et difficile, voix presqu'éteinte, soif, langue pointue, rougeâtre et sèche, appétit nul, selles rares, urines teintes, la peau est brûlante et sèche, pyrexie, pouls fréquent, peu développé mais vif et contracté.

29 Juillet. Même état. (*R. mixt. antiphl.; X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant un quart-d'heure; lavement; diète; boissons rafraichissantes; sinapismes aux pieds.*)

30. Amélioration remarquable; les douleurs de l'encé-

phale, etc. ont cessé, la malade a dormi pendant quatre heures, la langue est devenue humide et blanchâtre, et s'est dilatée vers la pointe, moiteur générale de la peau, apyrexie, une selle copieuse de fæces dures. (*Mêmes prescriptions moins les sangsues.*)

31 Juillet. L'amélioration se soutient; la malade a reposé pendant six heures, l'appétit se fait sentir. (*Mêmes boissons; soupe maigre.*)

1 Août. L'appétit se prononce, du reste la malade se porte bien. (*Soupe grasse.*)

2 – 3. Idem.

4, 5, 6 et 7. Convalescence complète.

Observation XXVI. – Le nommé *A. de Vos*, fileur, âgé de 60 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 2 Août 1828; malade depuis 15 jours, il se plaint de douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale et accompagnées de pesanteur et de somnolence; insomnie, mouvemens volontaires douloureux et difficiles, chaleur brûlante au front; il y a en outre pulsations des tempes, rougeur de la face, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, augmentation du diamètre pupillaire, voix faible, prononciation lente et difficile, position horizontale du corps, facultés intellectuelles légèrement troublées, subdelirium vers le soir, soif, langue rouge et sèche, selles régulières, appétit médiocre, pouls tendu, peu accéléré mais développé, urines teintes, respiration plus fréquente que dans l'état normal, pyrexie.

2 Août. (*IV sangsues aux narines; diète; R. Aq. Lax. Vien. ℥ iv, sal seignette ʒ ij; ptys. oxym.*

3. Un peu mieux en tout; apyrexie complète, pouls faible et lent, sommeil de trois heures, les douleurs de

l'encéphale sont diminuées, les mouvemens volontaires plus faciles, la prononciation moins lente, la voix est aussi moins faible, les facultés intellectuelles sont intactes; trois selles, peu d'appétit, pas de soif. face pâle et composée, etc. (*Ptysane oxym : soupe maigre.*)

4. L'amélioration reste stationnaire; le malade se sent plus fatigué, même état quant aux douleurs de l'encéphale qu'hier, peu de sommeil, légère pyrexie, etc. (*Diète : ptysane oxym.*)

5. Peu de changement, une selle. (*Idem.*)

6. Pyrexie plus grande qu'hier, les douleurs de l'encéphale, etc., sont revenues, pas de sommeil, léger assoupissement, rougeur de la face, selles retardées. (*X sangsues aux tempes; diète; ptysane oxym.*)

7. Beaucoup mieux; le cerveau est parfaitement dégagé, apyrexie, sueurs uniformément répandues, l'appétit se fait sentir, sommeil bienfaisant de six heures; une selle. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

8 Août. L'amélioration se soutient en tout; l'appétit se fait vivement sentir. (*Soupe grasse.*)

9, 10 et 11. (*Idem.*)

12, 13 et 14. Convalescence complète.

Avant de montrer par les symptômes locaux et généraux que nous offrent les six observations qui viennent d'être tracées, la transition de la congestion sanguine à l'arachnitis aiguë, nous croyons devoir rappeler de nouveau l'attention de nos lecteurs sur l'inégalité d'étendue et d'intensité que présente quelquefois l'engorgement sanguin dont il s'agit; cette inégalité se manifeste surtout dans le cours de la XXIVme observation. En effet chez la malade qui en est l'objet, tous les symptômes disparaissent d'abord, excepté dans la partie de l'encéphale correspondante au front, et pour enlever ce qui reste de la maladie, il faut recourir à une nouvelle

saignée artificielle faite à la partie souffrante. Un autre fait remarquable qui résulte de la XXIIIme observation, et dont on verra plus tard de nombreux exemples; c'est que l'arachnoïdite aiguë peut se compliquer quelquefois d'autres phlegmasies, parmi lesquelles se trouvent la gastro-entérite et toutes ses nuances. Nous aurons occasion d'en traiter ailleurs; il nous suffit pour le moment d'avoir montré que l'affection qui nous a occupés jusqu'ici, présente à l'instar des autres maladies une variation d'étendue et d'intensité analogue à celle qu'on observe dans le tissu membraneux ou viscéral d'organes susceptibles d'être atteints par l'inflammation et ses nuances diverses, lesquelles étant nettement décrites d'après leurs signes, peuvent être saisies par le médecin lors même que seulement quelques symptômes principaux se manifestent. Revenons maintenant à ceux dont l'apparition indique le passage de la congestion sanguine aiguë à l'arachnoïdite. Ces symptômes sont: subdelirium, affaiblissement successif de la voix tel qu'il y a aphonie, articulation de la voix presqu'impossible, mouvemens des extrémités douloureux et difficiles, decubitus plumbeus. puis les symptômes diagnostiques locaux de l'encéphale offrant plus d'intensité; élancemens subits qui reviennent par intervalles d'autant moins éloignés les uns des autres que la phlegmasie devient plus violente; tantôt augmentation, tantôt diminution du diamètre pupillaire; le premier symptôme s'observe plus souvent. Le pouls est accéléré, vif, dur, tendu et contracté, et plus rarement développé. La peau sèche ou humide présente une température élevée; les urines sont teintes, plus ou moins abondantes; la respiration déjà un peu gênée est plus fréquente, parfois le malade se plaint d'anxiété précordiale; il y a déjà pyrexie. Cette esquisse rapide

comparée à l'ensemble des symptômes qui se manifestent dans la première nuance de la maladie, montre que l'inflammation aiguë s'est déjà formée : car jusqu'alors la respiration, la circulation du sang, la température de la peau, la transpiration insensible ont été fort peu dérangées ; les fonctions intellectuelles sont restées intactes, quoique le réseau vasculaire sanguin de l'encéphale fût engorgé à un certain dégré ; mais l'irritation n'avait pas encore atteint ce point d'exaltation qui entraîne infailliblement la phlegmasie ; aussi voyons nous les symptômes locaux acquérir de plus en plus de violence ; tandis que l'appareil musculaire soumis à la volonté, n'exécute plus ses mouvemens sans douleur, et que ceux-ci deviennent très difficiles à cause du trouble de l'innervation ; ainsi les mouvemens des membres, l'exercice de la voix et de la parole sont pour ainsi dire suspendus ; ou bien cet exercice est si pénible au malade, que celui-ci n'a presque plus la volonté ni la force de répondre au médecin qui l'interroge ; et ces réponses, à cause du trouble des fonctions cérébrales, sont interrompues par des intervalles de silence, souvent elles sont incohérentes, difficiles à comprendre, ou bien, ce qui pis est, le malade s'exprime avec brusquerie, sa voix est assez claire, mais il dit ne sentir ni céphalalgie, ni pesanteur, ni pulsations des tempes, au contraire, il dit, et ce sont ses expressions, qu'il se porte à merveille. Un symptôme digne de fixer l'attention des praticiens, et qui se montre déjà aussitôt que l'arachnitis se manifeste, est le *decubitus plumbeus* ; nous entendons par ces mots la position horisontale du corps accompagnée d'une diminution d'innervation telle que les muscles moteurs des extrémités restent dans un état d'inaction presqu'absolue ; les malades éprouvent en même tems un sentiment pénible, douloureux même, qu'ils tâchent d'exprimer en disant

que *leurs membres pèsent comme du plomb;* cette sensation ingrate est nommée *dédolation;* ce n'est qu'un dégré plus élevé de la défatigation générale perçue dès le début de l'engorgement sanguin aigu du cerveau; aussi préfèrent-ils la position du corps où le plus petit nombre de muscles volontaires doit agir; ceci est si vrai, que lorsque l'arachnoïdite aiguë, arrivée au plus haut dégré, a mis le comble au désordre des facultés intellectuelles, le sentiment instinctif de la conservation les porte souvent à préférer le coucher sur le dos à toute autre position, tandis que d'un autre côté on les voit qui écartent les couvertures du lit, parce que le poids de celles-ci augmente ou entretient la dédolation devenue insupportable. La pyrexie se déclare en même tems; comme elle, les symptômes idiopathiques offrent des phases d'exacerbation vers le soir, et de remission le matin. Il est cependant bon de noter en passant, que dans quelques cas l'inflammation dont il s'agit, offre les symptômes et la périodicité d'une fièvre intermittente, ce qui sera démontré plus bas; d'ailleurs l'apyrexie n'est jamais, ou au moins que très-rarement complète. Quoiqu'il en soit de la continuité, l'arachnitis comme phlegmasie des séreuses, suit la même marche; au premier moment de son invasion les symptômes peuvent varier, mais aussitôt que la congestion de sang est passée à l'état d'inflammation, les symptômes généraux et locaux persistent pendant un laps de tems difficile à limiter, passé lequel, la maladie devient chronique, passe à la résolution ou se termine par la mort. Nous pensons qu'on peut raisonnablement attribuer à la marche plus rapide de l'inflammation, l'irrégularité qu'on a observée dans la succession des phénomènes morbides, lorsqu'elle envahit brusquement une grande partie, ou la totalité de l'enveloppe séreuse du cerveau. Des observations qui nous sont propres, et

d'autres que nous avons puisées dans les auteurs qui ont traité spécialement la même matière, compléteront le tableau du *facies* de l'arachnitis susdite arrivée au plus haut dégré.

Observation XXVII. – *Martin van Parys*, âgé de 10 ans, d'une constitution faible et languissante, entre dans l'hôpital civil de Gand le 23 Octobre 1820, malade depuis trois semaines; dès le début de la maladie, il s'était plaint de douleur dans l'encéphale accompagnée de perte d'appétit, d'amertume de la bouche, et de tous les autres symptômes qui semblent annoncer un dérangement remarquable dans les fonctions de l'estomac; pour détruire cette affection, on lui avait prescrit l'eau de Vienne et le calomel, voulant ainsi produire quelques évacuations alvines qui eurent lieu en effet, mais sans soulagement; lors de son entrée, il offre les symptômes suivans: douleur vive et continue de l'encéphale accompagnée de pesanteur, de tension et de pulsations des tempes, stupeur générale, facultés intellectuelles et sensations externes troublées, subdelirium, mouvemens volontaires des extrémités supérieures et inférieures douloureux et difficiles, somnolence; si le sommeil arrive, il est interrompu par des rêves effrayans, le malade s'éveille en sursaut, et se sent accablé; face rouge, chaleur brûlante au front, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles dilatées, prurit aux narines, prononciation lente et difficile, voix presque éteinte, respiration fréquente, sifflante, profonde et incomplète, pouls vif, fréquent, petit et concentré, soif vive, bouche amère, langue sèche et jaune, selles retardées, urine rougeâtre, peau sèche et brûlante, pyrexie.

24 Octobre. (*VIII sangsues aux tempes; R. Mannæ*

electæ ℥ is, Aq. fontis ℥ iv; toutes les deux heures une demie cuillère à bouche; diète; ptysane oxym.)

25 Octobre. Même état qu'hier; trois selles, pas de sommeil, soif vive, etc. (*Mixt. antiph.; VIII sangsues aux tempes; sinap. aux pieds; diète; ptysane oxym.*) .

26 – 27. La maladie augmente. Strabisme, délire, cris perçans qui reviennent à des intervalles très rapprochés, pas de sommeil, toujours pyrexie, pouls petit, faible et concentré, chaleur brûlante de la peau, soif, déglutition difficile, respiration sifflante, profonde et incomplète, etc. (*Foment: froides à la tête; sinapis. aux jambes; mixt. antiph.*)

28 – 29. L'état du malade est très-alarmant. Diarrhée, cris plaintifs et perçans, délire, stupeur, strabisme avec convulsions des muscles des globes oculaires, face pâle, prononciation trés-difficile, respiration nasale, sifflante, incomplète et profonde, pouls lent, faible et petit, paralysie des extrémités supérieures et inférieures, écoulement involontaire des urines et de fæces liquides, etc. (*Vésicat. à la nuque; sinapis. aux pieds et jambes; ptysane oxym.*)

30 – 31. De mal en pire, râle. (*Idem.*)

1 Novembre. Mort à 10 heures du matin.

3 Novembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de l'encéphale, gorgés de sang.

2°. Epaisissement de l'arachnoïde, épanchement séreux entre son feuillet qui recouvre la base du cerveau et la pie-mère correspondante.

3°. Ventricules latéraux des hémisphères contenant quatre onces de sérosité.

4°. Substance des hémisphères et du cervelet molle et flasque.

Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Poitrine et Abdomen. Les viscères contenus dans ces deux cavités n'offrent rien de remarquable.

Observation XXVIII. – *J. B. Mandelair*, âgé de 50 ans, blanchisseur, d'une constitution sanguineo-bilieuse robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 30 Juillet 1821, malade depuis trois jours: il est atteint d'arachnoïdite et de paralysie de l'extrémité supérieure gauche; en outre il se plaint de pesanteur, ainsi que d'une douleur continue et vive occupant toute l'étendue de l'encéphale, de vertiges, et d'éblouissemens; marche faible et difficile, déglutition intacte, léger trouble des facultés intellectuelles et des sensations externes, position horizontale du corps, decubitus plumbeus, face pâle, yeux à demi fermés, augmentation du diamètre pupillaire, somnolence et pourtant insomnie; la prononciation est lente, et le malade articule avec la plus grande difficulté; respiration profonde, incomplète et sifflante, pouls lent et peu développé, selles libres, inappétence, pas de soif, légères nausées quelquefois suivies de vomissemens qui amènent l'expulsion de matière muqueuse. On l'a saigné copieusement chez-lui. D'après l'ensemble des symptômes décrits, on emploie encore la saignée locale à la tête, à cinq ou six reprises différentes; les dérivans à la nuque et aux plantes des pieds, les purgatifs légèrement stimulans, et finalement les doux sudorifiques ne sont pas oubliés; mais malgré l'emploi bien combiné des ces moyens, le malade succombe le 8 Août à 4 heures du matin, sans avoir offert pendant tout ce laps de tems le moindre signe d'amélioration.

11 Août. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Les vaisseaux sanguins de l'encéphale n'offrent rien de particulier. 2°. Epanchement séreux entre la

pie-mère, feuillet épaissi de l'arachnoïde qui couvre la surface convexe des hémisphères. 3°. Epanchement du même liquide évalué à la quantité de 3 à 4 onces dans le ventricule latéral droit, rien dans le gauche. Les autres parties de l'encéphale sont restées intactes.

Poitrine. Adhérence organisée entre plusieurs points de la surface convexe du poumon gauche et la plèvre costale correspondante. Poumon droit sain.

Abdomen. Tous les viscères contenus dans cette cavité sont parfaitement sains.

Observation XXIX. — *A. van Horrenbeke*, âgé de 14 ans, d'une constitution saine qui se développe bien, entre dans l'hôpital civil de Gand le 21 Mai 1824, malade depuis 15 jours: sa mère raconte qu'au début de la maladie, son fils s'est plaint de douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, auxquelles se joignaient des pulsations des tempes, et une pesanteur de tête telle que le malade ne pouvait presque pas la mouvoir; il y avait de plus pyrexie; à son entrée, ces symptômes étaient arrivés au plus haut dégré, il y avait en même tems chaleur brûlante au front, élancemens subits perçus dans l'encéphale à des intervalles de deux à trois minutes, qui faisaient pousser des cris plaintifs; yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, strabisme, pupilles dilatées, face rouge, délire par moment, prononciation lente et difficile, rêves, éveil en sursaut par l'acuité des élancemens, somnolence, regard effaré et défiant, soif, langue sèche et blanchâtre, inappétence, selles retardées, respiration accélérée et incomplète, pouls vif, contracté et accéléré, peau sèche et brûlante, decubitus presque plumbeus; à l'arrivée du malade, on appliqua aussitôt les saignées locales aux tempes et on les répéta, on essaya

l'usage des antiphlogistiques donnés intérieurement, jusqu'au 24. Alors la diarrhée s'étant manifestée, on la combattit victorieusement par les mucilagineux et les cataplasmes émolliens appliqués au bas-ventre; néanmoins tous les symptômes de l'affection inflammatoire de l'arachnoïde ayant persisté jusqu'au 30, après quel tems on essaya les dérivans les plus énergiques, mais inutilement jusqu'au 2 Juin lorsque le malade succomba.

4 Juin. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux de la pie-mère très-injectés. 2°. Arachnoïde épaissie en plusieurs points de la surface. 3°. Ventricules latéraux des hémisphères distendus par une énorme quantité de sérosité. Le septum lucidum est détruit.

Poitrine et Abdomen. Les viscères renfermés dans ces cavités sont intacts.

Observation XXX. – *D. Vandercruyssen*, âgé de 56 ans, garçon brasseur, d'une constitution sanguine robuste, adonné à l'usage immodéré de la bierre et des liqueurs fortes, entre dans l'hôpital civil de Gand le 1 Octobre 1824; malade depuis trois à quatre jours, il accuse les symptômes suivans: vertiges, douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, pesanteur, les facultés intellectuelles ne sont pas intactes; au contraire, le malade délire, mais son délire offre des intervalles lucides, pendant lesquels il jouit de toute la plénitude de sa raison; les mouvemens des membres sont douloureux et difficiles, face rouge, regards farouches et égarés, chaleur brûlante au front, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, somnolence et pourtant insomnie, défatigation générale; du reste, peu d'appétit, langue rougeâtre et sèche, soif, selles retardées, pouls lent et

développé, apyrexie, respiration lente et incomplète, la peau est sèche et sa température normale.

1 Octobre. Même état. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; ptysane oxym.*)

2. Peu d'amélioration; tous les symptômes ci-dessus sont peu diminués, le délire a reparu à des intervalles plus éloignés, il a duré moins long-tems, etc. (*X sangsues aux tempes: lavement; ptys. oxym.; diète.*)

3. Beaucoup mieux. Plus de délire, la douleur, les pulsations temporales, ainsi que la pesanteur sont disparues, les vertiges sont aussi moindres, les mouvemens volontaires s'exécutent plus facilement et sans douleur, sommeil de quatre heures, face composée et pâle, plus de soif, langue humide et blanchâtre, pouls faible et presque naturel, pas de selles, respiration normale, etc. (*R. Aq. Laxat. Vienn.* ℥ *iv, la moitié le matin, l'autre moitié l'après-midi; vésicatoire à la nuque; diète; ptysane oxymellée.*)

4. L'amélioration se soutient; plus de vertiges, sommeil bon, trois selles, l'appétit se fait sentir, le malade s'est levé pendant une demi-heure. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

5. Idem. Le malade se plaint d'un accès fébrile qui est arrivé la nuit passée. (*Soupe maigre; même ptysane.*)

6. De mieux en mieux. L'accès fébrile n'a plus reparu la nuit passée, l'appétit se prononce, le pouls est tout-à-fait naturel, le vésicatoire entrétenu jusqu'aujourd'hui, est supprimé; selles retardées. (*R. Aq. Lax.* ℥ *iv, à prendre comme ci-dessus; ptysane oxym.; soupe grasse.*)

Depuis le 6 jusqu'au 12 la maladie marchait vers la convalescence, lorsque le 13, *D. Vandercruyssen* prit une trop grande quantité d'alimens; aussitôt la douleur, la pesanteur, les vertiges ainsi que les autres symptômes

locaux reparûrent, mais seulement dans la moitié gauche de l'encéphale, etc. (*VIII sangsues aux tempes gauches; lavement: diète: ptysane oxym.*)

14 Octobre. Il y a diminution assez sensible des symptômes ci-dessus notés, mais les vertiges et la douleur persistent encore; du reste, déjection alvine abondante, peu de soif, apyrexie, pas de sommeil, défatigation générale, etc. (*VIII sangsues aux tempes; diète: ptysane oxym.*)

15. Mieux en tout; la tête est parfaitement libre, l'appétit revient, sommeil bienfaisant, etc. (*Soupe grasse; même ptysane.*)

16, 17 et 18. De mieux en mieux. (*Soupe grasse; même ptysane.*)

19, 20, 21 et 22. (*Idem.*)

23, 24, 25 et 26. (*Idem.*)

27. Convalescence complète.

Observation XXXI. – La nommée *Adelaïde* . . . . ., âgée de 11 ans, d'une constitution saine mais délicate et qui se développe bien, entre dans l'hôpital civil de Gand le 13 Avril 1827, malade depuis huit jours. Les symptômes de sa maladie déjà très-avancée sont: douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées d'élancemens subits revenant à des intervalles de cinq à six minutes et qui font jeter des cris plaintifs; pesanteur, pulsations des tempes, les douleurs deviennent très-intenses par le plus léger mouvement de la tête, les facultés intellectuelles ne sont pas troublées, mais la prononciation est lente et difficile, la voix presqu'éteinte, excepté lorsque la malade éprouve les douleurs lancinantes déjà indiquées; alors la voix devient perçante et aiguë, mais aussitôt qu'elles cessent, il y a pour ainsi dire aphonie; en même tems

il y a chaleur brûlante au front, les yeux offrent un brillant très-vif et ne supportent pas l'action de la lumière; pupilles contractées; la face présente un air de souffrance profonde, elle est teinte de couleur rosacée mêlée de pâleur; somnolence et pourtant insomnie, ou si le sommeil semble arriver par moment, c'est-à-dire lorsque le patient s'assoupit, il s'éveille brusquement et en sursaut comme un homme frappé de terreur et veut quitter son lit; de plus soif vive, langue blanchâtre et sèche, inappétence, selles rétardées, vomissemens fréquens de mucosités mêlées de bile, sentiment de lassitude, pouls vif, accéléré, contracté et petit, peau sèche et brûlante, urines légèrement teintes.

14 Avril. (*R. VIII sangsues aux tempes; lavement; mixt. antiphl.; toutes les heures demie cuillère à soupe; sinap. aux pieds; ptysane rafraîch.*)

15. L'amélioration est peu sensible; les douleurs de l'encéphale, les pulsations des tempes, les cris plaintifs, effet des élancemens persistent; pas de sommeil, pyrexie, face pâle, plus de vomissement, une selle copieuse de *fæces dures;* pour le reste, même état qu'hier. (*VIII sangsues aux tempes, du reste mêmes prescriptions.*)

16. Un peu mieux. Les cris plaintifs sont plus rares, les douleurs de l'encéphale moindres, sommeil de trois heures, pouls moins vif, plus du tout contracté, yeux encore brillans, les diamètres pupillaires sont un peu augmentés, pyrexie moindre, agitation, inquiétude, la voix ne revient pas, la prononciation est toujours lente et difficile, subdelirium, une selle, peau moite, température moins élevée qu'hier, soif, langue un peu humide, amaigrissement rapide, pas d'appétit. (*Mêmes prescriptions moins les sangsues.*)

17. A-peu-près même état qu'hier, toujours pyrexie, subdelirium, etc. (*Sinap. à la nuque.*)

18 Avril. Délire tranquille, cris plaintifs fréquens; assoupissement sans sommeil, strabisme, dilatation des pupilles, face pâle, les yeux restent brillans, regard comme celui d'un homme qui s'éveille brusquement d'un sommeil profond, mouvement des membres inférieurs difficile, position horizontale par continuation, toujours pyrexie, pouls vif, accéléré et contracté, soif, selles retardées. (*VIII sangsues aux tempes; lavement; du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

19. Pas de selles, toujours délire entremêlé de cris plaintifs, strabisme, mouvemens rotatoires des globes oculaires, pupilles dilatées, respiration lente et entière, pas de sommeil, soif, face de couleur rosacée mêlée de blanc; les membres supérieurs conservent leurs mouvemens, les inférieurs se meuvent plus rarement. (*Mêmes prescriptions; lavement irritant.*)

20. Constipation, même délire, etc., que le jour précédent, decubitus plumbeus, la malade ne meut plus les extrémités supérieures quand on la déplace pour faire son lit; respiration lente, sifflante et incomplète, pouls lent et faible, paralysie des extrémités inférieures, assoupissement profond et apoplectique. (*Fomentations froides de Schmuckel sur la tête; sinap. aux pieds; ptysane rafraich.*)

21. Morte la nuit entre deux et trois heures.

23 Avril. *Nécropsie.*

Tête. Arachnoïde enflammée dans toute son étendue et épaissie en plusieurs endroits. Les trois ventricules du cerveau sont pleins de sérosité. Substances corticale et médullaire des circonvolutions des hémisphères très-injectées. Les autres parties de l'encéphale n'offrent rien de particulier.

Poitrine et Abdomen. Les viscères contenus dans ces cavités sont trouvés intacts.

Observation XXXII. – Le nommé *Martin vande Velde*, batelier, âgé de 44 ans, d'une constitution sanguine athlétique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 26 Juin 1828. Adonné à l'usage immodéré des boissons spiritueuses, il était tombé malade subitement; voici les symptômes qu'il accuse à son entrée: céphalalgie vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, vertiges augmentés par le plus léger mouvement du corps, pulsations des tempes accompagnées de douleurs lancinantes intermittentes, mais revenant à des intervalles de cinq à six minutes; confusion et incohérence dans les idées, regards inquiets et menaçans, loquacité, prononciation rapide, voix très-élevée, mouvemens convulsifs des membres qui sont cependant douloureux, membres supérieurs rigides, agitation continuelle, visage rouge et animé, yeux étincelans, chaleur brûlante au front; respiration profonde et lente, pouls fréquent, fort et vif, chaleur brûlante de la surface cutanée qui est couverte de sueurs copieuses, uniformément répandues, urines teintes et selles rares, pas d'appétit, insomnie, soif, langue sèche et rougeâtre, lancéolée vers la pointe; le malade avale avec avidité les boissons rafraîchissantes qu'on lui offre.

26 Juin à 8 heures du matin. (*V. S. Ampla.; diète sévère; ptysane oxym.; lavement.*)

Le même jour vers le soir délire furieux, le malade s'échappe de son lit et parcourt la salle en jurant; vociférations, cris, menaces de frapper les assistans; même état du pouls que le matin, sueurs copieuses, soif: quand le médecin l'interroge, il accuse des douleurs vives et lancinantes senties dans l'encéphale; il a eu une selle provoquée par le lavement; on est obligé de le lier et de l'isoler dans une chambre séparée où l'on prend toutes les précautions pour prévenir l'action funeste d'une

lumière trop vive, etc. (*Artériotomie de ℥ xv; du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

27 Juin. Un peu mieux. Le délire est encore continu mais moins furieux; les cris et les vociférations sont remplacés par des plaintes de mauvais traitement. Les douleurs lancinantes ont cessé, mais il reste encore de la pesanteur; pas de sommeil, regard hébété, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, rougeur de la face; les mouvemens convulsifs ont disparu, mais le malade veut se lever sous différens prétextes, l'agitation persiste; du reste sueurs copieuses également répandues, pouls moins vif et moins fréquent qu'hier, soif; mêmes précautions pour maîtriser le malade qu'hier. (*Artériotomie de ℥ x; ptysane oxym.; mixt. antiph.; diète sévère.*)

28. A-peu-près même état qu'hier, la respiration est devenue naturelle; pyrexie moindre, pouls fréquent et peu développé, agitation moindre, cessation des cris et des vociférations, mais loquacité et babil continuel, les douleurs de la tête restent gravatives, la température de la surface cutanée s'approche de l'état naturel, légère disposition au sommeil, sueurs copieuses, soif, pas d'appétit, agitation continuelle; le malade cherche le repos. Mêmes précautions déjà indiquées, une selle. (*XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang une heure: mixt. antiph.: diète sévère: ptysane oxym.*)

29. Mieux être général; le malade est tombé dans un état de stupeur d'où il semble sortir par les questions qu'on lui adresse et auxquelles il répond assez bien, pourvu que la réponse ne doive pas être longue; les douleurs de l'encéphale ont cessé, mais la pesanteur de tête reste; le pouls est encore fréquent et un peu tendu, la température de la peau presque normale, sueurs copieuses et universelles, peu de soif, visage plus composé,

regard moins hébété, la langue est humide, pyrexie légère; une selle. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang une demi-heure; mêmes prescriptions.*)

30 Juin. Après la dernière application des sangsues, le malade est tombé dans un sommeil tranquille et bienfaisant qui dure déjà depuis dix heures; seulement il s'éveille pour prendre de la boisson; sueurs copieuses et générales, la face est composée, apyrexie complète, pouls fréquent et mou, chaleur de la peau tout-à-fait normale, une selle, pas d'appétit. (*Mêmes prescriptions moins les sangsues.*)

1 Juillet. L'amélioration se soutient; présence d'esprit, le sommeil a duré huit heures la nuit dernière; le malade témoigne le désir de prendre de la nourriture, une selle, le pouls est mou et lent. (*Ptysane oxym.; bouillon en petite quantité à trois reprises par jour.*)

2. Idem. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

3 – 4. Idem. (*Idem.*)

5. Le malade a fait un écart dans le régime en prenant de la soupe grasse contre l'ordre du médecin, d'où sont résultées des douleurs vives de l'encéphale, le délire, etc. (*XII sangsues aux tempes, foment. froides de Schmuckel à la tête; diète.*)

6. Bien en tout; le malade a reposé pendant 6 heures, il a demandé des alimens: l'appétit se prononce, une selle. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

7. Par continuation mieux. (*Idem.*)

8 – 9. Idem. (*Soupe grasse.*)

10. Convalescence.

11 – 19. Notez bien que *Vandevelde*, après avoir été atteint d'une pleurésie inflammatoire, que l'on combattit victorieusement au moyen des antiphlogistiques, quitta l'hôpital le 31 Juillet, jouissant d'une bonne santé.

Observation XXXIII. – Le nommé *P. van de Putte*, maçon travaillant à la construction de la forteresse, est âgé de 44 ans; d'une constitution sanguineo-lymphatique et saine, il entre dans l'hôpital de Gand le 4 Juillet 1828, malade depuis quelques jours (je suppose 3 à 4) et accuse les symptômes suivans: douleurs gravatives continues occupant toute l'étendue de l'encéphale et accompagnées de pesanteur, somnolence et pourtant insomnie; les facultés intellectuelles restent intactes, mais le malade semble être plongé dans un état de stupeur, d'où il sort momentanément par les questions qu'on lui fait. Il éprouve un sentiment de serrement autour de la circonférence de la tête, les mouvemens volontaires des membres sont lents et difficultueux, la prononciation est lente, la voix est naturelle, chaleur frontale médiocre, la face est plutôt pâle, mais le regard hébété et indifférent; les yeux offrent un brillant assez notable sans changement de couleur, les diamètres pupillaires sont augmentés; pas d'appétit, langue humide et blanchâtre, diarrhée, ventre mou, ni tendu ni ballonné; défatigation générale, la respiration est plus lente que dans l'état normal, le pouls est naturel quant à l'étendue des pulsations, mais plus lent que dans l'état de santé. La température de la surface cutanée n'offre rien de remarquable.

5 Juillet. Même situation que la veille. (*R. X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; boissons rafraîchissantes; R. Mucil. gg. Arabici ℥ iv; Syr. de Alth. ℥ is; toutes les deux heures une cuillère à soupe.*)

6. Beaucoup mieux; les douleurs gravatives, le sentiment de serrement et la stupeur sont disparus; le malade répond clairement à toutes les questions qu'on lui adresse, les mouvemens volontaires s'exécutent avec facilité, la physionomie a repris son état habituel, la fréquence

des selles est moindre, le pouls et la respiration sont devenus normaux, sommeil bienfaisant de cinq heures. (*Mêmes prescriptions moins la saignée.*).

7 Juillet. L'amélioration se soutient; les selles sont reduites au nombre de trois à quatre par jour. (*Idem.*)

8. Idem; la diarrhée a cessé, le malade exprime le désir de prendre un peu de nourriture. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

9. Idem; l'appétit se prononce. (*Soupe grasse.*)

10, 11 et 12. Convalescence complète.

Observation XXXIV. – Le nommé *Franç. de Saevel*, âgé de 16 ans, tailleur, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine et bien développée, entra dans l'hôpital civil de Gand le 4 Juillet 1828, déjà malade depuis trois semaines; l'invasion de la maladie s'était manifestée par une douleur occupant toute l'étendue de l'encéphale et qui d'abord légère, avait été négligée et s'était insensiblement accrue; à son entrée, le malade accusait les symptômes suivans: douleurs vives et continues dans toute l'étendue de la tête accompagnées de pesanteur, de pulsations des tempes et de chaleur brûlante au front; les yeux sont brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, les diamètres pupillaires offrent une diminution remarquable, la face est rouge, la prononciation difficile, la voix faible et entrecoupée de manière que le malade s'exprime avec lenteur et difficulté; rigidité des membres supérieurs et inférieurs, decubitus plumbeus, somnolence et pourtant insomnie, vertiges sur-tout quand le malade veut se lever; les facultés intellectuelles sans être dans l'état normal, ne paraissent pas tout-à-fait dérangées, puisque les réponses aux questions n'offrent rien d'incohérent; du reste soif, langue sèche et blanchâtre, pas d'appétit, selles rares, urines

teintes et rares, pyrexie, pouls vif, contracté; les pulsations sont peu développées parce que les parois artérielles ne se dilatent pas beaucoup; respiration fréquente, vive et incomplète.

5 Juillet. Même état. (*Artériotomie de la temporale droite de ℥ xij; lavement; diète sévère; boissons rafraîchissantes.*)

6. La douleur de l'encéphale est moindre, les pulsations des tempes, la pesanteur et la rougeur de la face sont diminuées, la prononciation est moins difficile, la voix plus claire et pas entrecoupée, le decubitus plumbeus persiste, la rigidité des membres a cessé, plus de vertiges, somnolence moindre, même état des facultés intellectuelles, la langue s'humecte un peu, le pouls est plus développé qu'hier, la respiration est dans le même état, pas de sommeil mais moins de somnolence; le malade a eu une selle copieuse de fæces dures. pyrexie. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une heure; mixt. antiphlog., du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

7. Un peu mieux en tout, mais cependant la douleur persiste dans l'encéphale quoiqu'elle soit déjà beaucoup diminuée, la pyrexie, le decubitus plumbeus ainsi que la rougeur de la face et l'état anormal de la cornée transparente sont les mêmes; du reste pas de sommeil, le pouls paraît moins développé qu'hier. (*Mixt. antiph.; diète; ptysane oxymellée.*)

8. La nuit passée léger délire tranquille, le matin regard hébété, voix presqu'éteinte, prononciation difficile, confusion dans les idées, les yeux restent brillans, les diamètres pupillaires sont diminués, état de stupeur, decubitus plumbeus, les bords tarsiens des paupières sont couverts de mucus épais et jaunâtre abondant; du reste rougeur de toute la face, pouls vif et contracté

comme avant-hier, pas de sommeil, respiration plus incomplète, urines teintes, selles rares, soif vive; le malade prend les boissons qu'on lui offre, et les avale sans difficulté. (*IV sangsues aux narines, on laisse couler le sang pendant une heure; lavement; R. oxym. simpl. ℔ s. Spir. Mind. ℥ ij; toutes les deux heures une cuillère à bouche; lavement; diète: ptysane oxym.*)

9 Juillet. Nuit tranquille, sommeil léger de trois heures, le matin état légèrement comateux avec penchant au sommeil, la douleur de l'encéphale a disparu presqu'en entier, la face est composée mais pâle, présence d'esprit, la voix et la prononciation, quoique faibles, sont devenues normales, les diamètres pupillaires ont repris leur étendue naturelle, les bords tarsiens des paupières sont moins couverts de matière muciforme, la cornée transparente offre l'état normal; du reste langue humide et blanchâtre, peu de soif, pouls fréquent mais plutôt faible, respiration complète, température de la surface cutanée normale, défécation alvine naturelle, sueurs abondantes et continues pendant six heures, pas d'appétit. (*Mêmes prescriptions qu'hier moins la saignée; foment. froides de Schmuckel sur la tête; sinap. à la nuque.*)

10. Amélioration remarquable en tout; sommeil de six heures, plus de douleur nulle part, présence d'esprit, mouvemens volontaires faciles, apyrexie; le malade exprime le désir de prendre des alimens, pouls lent et faible. (*Soupe maigre, ptysane oxym.*)

11. L'amélioration se soutient en tout, etc. (*Idem.*)

12 - 13. Idem; l'appétit se prononce. (*Idem; soupe grasse.*)

14, 15, 16, 17 et 18. Idem; convalescence.

Observation XXXV. – *Pierre Laureyns,* tisserand, âgé de 37 ans, d'une constitution sanguine et robuste,

entre dans l'hôpital civil le 11 Août 1828, déjà malade depuis 15 jours; sa maladie a débuté par des douleurs légères et partielles de l'encéphale, lesquelles se sont insensiblement accrues, au point qu'au moment de son entrée le malade accuse les symptômes suivans: douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pulsations des tempes, d'insomnie, de pesanteur au plus haut degré ainsi que de légère rigidité des membres supérieurs; mouvemens des inférieurs douloureux et difficiles; les facultés intellectuelles sont légèrement troublées, la prononciation est lente et difficile, la voix presqu'éteinte, chaleur brûlante au front, regard hébété, stupeur générale, surdité, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, face rouge, paupières demi-closes, respiration profonde, incomplète et fréquente accompagnée de léger sifflement, position horisontale, le plus léger mouvement du corps augmente beaucoup les douleurs de l'encéphale; du reste pas d'appétit, soif vive, langue rouge, un peu humide et pointue, selles retardées, pouls vif, fréquent et contracté, sécheresse de la peau, dont la chaleur est brûlante.

12 Août. Même état. (*Artériotomie de la temporale droite ℥x; diète; R. Ol. Ricini ℥ij, Mell. ℥i, à prendre en deux fois, moitié le matin, moitié l'après-midi; ptysane oxym.*)

13. Mieux. Les douleurs vives de l'encéphale sont sensiblement diminuées, plus de pulsations des tempes, pesanteur moindre, sommeil de trois heures, prononciation plus facile, la voix revient un peu, présence d'esprit, regard moins hébété, face moins rouge, respiration fréquente mais plus complète, encore un peu sifflante; une selle copieuse de fæces dures, decubitus plumbeus, soif vive, langue rouge et pointue mais hu-

mide, pyrexie moindre, pouls fréquent et accéléré, moins contracté qu'hier. (*Foment froides de Schmuckel sur la tête, mixt. antiph.; ptysane oxym.; diète.*)

14 Août. A-peu-près même état qu'hier, le sommeil a été plus prolongé, les douleurs persistent mais elles sont légères, présence d'esprit, une selle, respiration presque normale, pouls fréquent et accéléré, sueurs copieuses uniformément répandues, pyrexie, etc. (*Foment. froides; mixt. antiph.; ptysane oxym.*)

15. Pire. Les douleurs sont augmentées, somnolence, léger délire, pesanteur de la tête, face rouge, yeux brillans, regard plus hébété qu'hier, respiration profonde, et fréquente, pyrexie, pouls vif et développé, etc. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une heure; mêmes prescriptions qu'hier.*)

16. Amélioration remarquable; face composée et pâle, présence d'esprit, plus de douleur ni pesanteur de la tête; la prononciation est lente et claire, la voix naturelle, sommeil bienfaisant de quatre heures, pouls fréquent et faible, sueurs profuses et uniformément répandues, respiration normale et tranquille, pyrexie presque nulle, langue humide, développée jusqu'à la pointe et blanchâtre, une petite selle; mouvemens volontaires lents et indolores, peu de soif. (*Mixt antiph.; ptysane oxym.; diète.*)

17. L'amélioration se soutient; sommeil bienfaisant de six heures, l'appétit se fait sentir, le malade se meut facilement dans son lit. (*Idem; soupe maigre.*)

18. De mieux en mieux. Le malade s'est levé un quart-d'heure sans être fatigué, apyrexie complète, pouls faible et normal, plus de soif, une selle. (*Idem.*)

19. Idem; l'appétit se prononce. (*Ptysane oxym.; soupe grasse.*)

20 - 21. (*Idem.*)

22, 23 et 24. (*Idem.*)

25 – 26 Convalescence complète.

Observation XXXVI. – *J. Walbrock,* charpentier, âgé de 24 ans, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 18 Octobre 1828, malade depuis 4 à 5 jours à la suite d'une violente passion de l'âme (la jalousie, qui a excité, en lui, une forte colère). Voici les symptômes qui se manifestent: douleur vive occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, délire, yeux hagards et injectés, pupilles dilatées, chaleur brûlante au front, prononciation lente et difficile, révasserie, face rouge, rigidité des membres supérieurs, somnolence et pourtant insomnie, decubitus plumbeus, langue humide et blanchâtre, inappétence, peu de soif, selles rares, respiration lente et profonde mais entière, pouls lent, dur et développé, peau sèche et chaude.

18 Octobre. (*Artériotomie de la temporale ℥ xvi; diète sévère, lavement; ptysane oxym.*)

19. A-peu-près même état que le jour précédent; pouls moins développé et moins dur qu'hier, même lenteur; le délire persiste, pas de sommeil, stupeur générale, la tête est un peu renversée en arrière, même rigidité des membres supérieurs, etc. Il y a eu hier à 3 heures de l'après-midi, exacerbation fébrile, pendant laquelle tous les symptômes ci-dessus notés ont singulièrement augmenté en intensité; du reste peau sèche, etc. (*XVI sangsues aux tempes; R. Aq. Laxat. Vienn. ℥ iv, Mellis pur. ℥ i, pro dosi.; diète; ptysane oxym.*)

20. Mieux. Quatre selles liquides, présence d'esprit, mouvemens des membres devenus flexibles, plus faciles, position de la tête normale; pouls faible, mou et lent, qui compte à-peu-près 56 pulsations; sommeil de quatre à cinq heures, sueurs profuses, pupilles encore dilatées,

regard encore étonné; respiration lente mais du reste normale, le malade se meut dans son lit, plus d'exacerbation fébrile. (*Sinap. à la nuque; mixt. antiph.; toutes les heures une cuillère à soupe; diète: ptysane oxym.*)

21. L'amélioration se soutient; le pouls reste dans le même état, pupilles dilatées; selles retardées, sommeil tranquille, sueurs, l'appétit se fait sentir, le malade accuse une légère céphalalgie, selles retardées, même lenteur du pouls. (*Sinap. à la nuque; Aq. Laxat. Vienn. ℥ iij, pro dosi.*)

22. Trois selles, l'appétit se fait vivement sentir, sommeil bienfaisant, même lenteur du pouls, pupilles toujours dilatées, plus de cephalalgie. (*Soupe maigre; ptys. oxym.*)

23 – 24. De mieux en mieux. Le pouls est arrivé à 70 pulsations, selles libres, appétit bon, pupilles normales, etc. (*Soupe grasse.*)

25, 26 et 27. Convalescence.

Observation XXXVII. – *Thérèse Janssens*, âgée de 36 ans, non mariée, femme de ménage, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand, malade depuis trois semaines; elle se plaint de diarrhée, de perte d'appétit et de sommeil; le ventre est mou et indolore, il y a soif, la langue est humide et rougeâtre mais bien développée; la respiration normale, tête parfaitement libre, pouls vif, fréquent et développé, mouvemens des membres douloureux et pénibles, peau sèche et chaude, la face est composée et animée, la malade a toujours été bien réglée, elle a pris plusieurs purgatifs, tels que l'infusion de feuilles de séné, le jalap en poudre, etc. Elle était entrée le 30 Octobre 1828; le 31 on lui fit une ample saignée au bras, on prescrivit les boissons délayantes et la diète; elle fut soulagée aprés l'application de ces moyens.

1 Novembre. Pouls presque naturel, délire continu, insomnie, face rouge, chaleur brûlante au front, pupilles dilatées, yeux brillans sans changement de la cornée transparente, agitation, peau sèche et brûlante; la malade déclare ne sentir la douleur nulle part, elle veut quitter son lit; urines rouges, respiration accélérée et incomplète, anxiété à la région épigastrique, la diarrhée est disparue, regard hébété, membres supérieurs rigides, etc. (*X sangsues aux tempes; diète, ptysane oxym.*)

2. A-peu-près même état que le jour précédent, écoulement involontaire de l'urine et des fæces; la malade accuse de la pesanteur à la tête, la céphalalgie la plus intense et des pulsations aux tempes; agitation continuelle, insomnie, pouls vif, fréquent et tendu, position horizontale, etc. (*Artériotomie de la temporale de ℥ xv; mixt. antiph.: diète; lavement.*)

3. Peu d'amélioration. Silence opiniâtre interrompu par un délire furieux, par des cris, des vociférations et le chant, face moins animée qu'hier, regard plus naturel, etc. (*X sangsues aux tempes; du reste mêmes prescriptions.*)

4. Un peu mieux. Repos de quatre à cinq heures, face pâle et composée, sueurs légères, une déjection alvine, pouls mou et fréquent, sueurs profuses, présence d'esprit, pupilles naturelles, couleur normale des yeux, soif moindre, urines presque normales, l'appétit se fait sentir, etc. (*Oxymell. simpl. ℔ s, Spir. Mind. ℥ ij; toutes les heures une cuiller à soupe; diète; ptysane oxym.; foment. froides sur la tête.*)

5. De mieux en mieux. Facultés intellectuelles intactes, face composée, sommeil bienfaisant de quatre heures, sueurs profuses, membres supérieurs et inférieurs flasques, pouls mou, etc. (*Lavement: soupe maigre: foment. froides.*)

6. De mieux en mieux. Appétit vif, plus de soif, langue humide et normale, la tête reste libre, mouvemens des membres indolores et faciles, voix claire, prononciation un peu lente mais nette, une déjection alvine, etc. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

7 Novembre. L'amélioration se soutient. Appétit vif, vers le soir la malade semble délirer un peu, la nuit sommeil bienfaisant, etc. (*Idem.*)

8. Bien en tout. Une déjection alvine, appétit vif, etc. (*Soupe grasse.*)

9. Bien. 10, 11, 12, 13, 14 et 15. Convalescence complète.

Observation XXXVIII. – *J. Vittellaire*, femme de ménage, non mariée, âgée de 48 ans, d'une constitution sanguine, n'est plus réglée depuis deux ans, entre dans l'hôpital civil le 3 Novembre 1828, malade depuis six semaines; elle a ressenti à la tête pendant quatre ou cinq semaines des douleurs vagues mais supportables accompagnées de perte d'appétit et de légères douleurs dans les membres inférieurs, lesquelles ne l'ont pas empêchée de vaquer à ses occupations; pour combattre l'effet de la mauvaise bile, (ce sont ses expressions) elle prit chez elle une assez forte infusion de séné dont l'ingestion fut suivie de cinq à six évacuations alvines liquides; quelques jours après (6 jours) sa maladie offrit des symptômes alarmans; voici l'état de cette femme au moment de son entrée: céphalalgie intense et pesanteur occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, élancemens vifs revenant à des intervalles de quatre à cinq minutes; facultés intellectuelles confuses, sensations externes troublées, face rouge, chaleur brûlante et sèche au front, pupilles dilatées, rigidité des membres supérieurs quand on veut les sou-

lever, membres inférieurs flasques, mais dont les mouvemens sont presqu'impossibles, decubitus plumbeus, inappétence, soif vive, langue rouge, sèche, lancéolée et échancrée sur ses bords, constipation, respiration fréquente et incomplète, pouls vif, accéléré et concentré, peau sèche et chaude, urines enflammées, la voix est presqu'éteinte, la prononciation est si difficile que la malade ne peut presque pas articuler les mots, somnolence et pourtant insomnie.

4 Novembre. (*Artériotomie de la temporale ℥ xv; mixt. antiphl.: diète; ptysane oxym.*)

5. A-peu-près même état qu'hier; délire, la voix est faible, la prononciation des mots est lente, loquacité, pas de sommeil, peau humide, toux légère, decubitus plumbeus, stupeur, rigidité des membres supérieurs, pouls tendu et vif, peu développé, une déjection alvine abondante de fæces dures, etc. (*XVI sangsues aux tempes; mixt. antiph.; diéte; ptysane oxym.*)

6. Un peu mieux. Sueurs profuses et générales, plus de toux, respiration fréquente et incomplète, les symptômes locaux relatifs à l'encéphale sont diminués, le délire persiste mais il n'est plus continu; pouls encore vif et fréquent, pour le reste même état qu'hier, etc. (*X sangsues aux tempes; mixt. antiph.: diète, etc.*)

7. Mieux. Présence d'esprit, sommeil de quelques heures, sueurs profuses, une déjection alvine, la pesanteur et les douleurs de tête, ainsi que les pulsations des tempes ont disparu au côté gauche, mais ils persistent encore au droit, la moitié droite de la face est rouge et la pupille dilatée; plus de rigidité des membres supérieurs, pouls mou et fréquent, respiration normale, decubitus horizontal, la voix est moins faible, la prononciation plus claire, etc. (*XII sangsues aux tempes droites; mêmes prescript. qu'hier, foment. froides à la tête.*)

8 Novembre. Amélioration sensible. Présence d'esprit, sommeil de cinq heures, sueurs, chaleur de la surface cutanée normale; la pesanteur, la céphalalgie, les pulsations des tempes sont disparues du côté droit; plus de soif, langue humide, blanchâtre, développée et dilatée vers la pointe, voix claire, prononciation nette et facile, mouvemens de tous les membres indolores et faciles, l'appétit se fait sentir, pouls mou, faible et fréquent. (*Fom. froides; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

9. De mieux en mieux. Sommeil bienfaisant, tête parfaitement libre, facultés intellectuelles intactes, voix claire, prononciation facile et nette, la malade se meut facilement dans son lit, pouls mou, faible et fréquent, etc. (*Ptys. oxym.; soupe maigre.*)

10-11. Idem. Appétit vif, une déjection alvine. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18. Convalescence complète.

Observation XXXIX. – *Pétronille Moust,* femme de ménage, âgée de 38 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 18 Novembre 1828, malade depuis trois jours; pendant que ses règles coulaient, elle reçut des nouvelles désolantes dont elle fut tellement saisie, que le flux menstruel se supprima: dès ce moment se déclarèrent les symptômes suivans, qu'on observa lors de son entrée: pulsations fortes des tempes, douleur vive dans toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, élancemens, somnolence et pourtant insomnie, présence d'esprit, la malade répond avec précision aux questions qu'on lui fait, decubitus plumbeus, voix faible, prononciation nette mais lente, légère surdité, mouvemens des membres assez faciles et indolores, chaleur brûlante au front, face pâle, air de souffrance, yeux brillans sans changement de couleur à la

cornée transparente, pupilles contractées, respiration normale, pouls fréquent, vif et tendu, appétit nul, soif vive, langue humide et enduite de matière verdâtre, du reste bien développée, selles copieuses et liquides, ventre mou, pyrexie, peau chaude et sèche, extrémités thorachiques et pelviennes rigides, pesantes et tombant tout d'une pièce, pyrexie.

19 Novembre. (*Saignée au bras de ℥ xiv; diéte; ptysane oxym.*)

20. Un peu mieux. Facultés intellectuelles troublées, sueurs, selles plus rares et moins abondantes, aphonie, mouvemens des extrémités supérieures faciles et indolores, ceux des inférieures lents et difficiles, decubitus horizontal, peu de sommeil, pas d'appétit, soif, subdelirium vers le soir, *elle prétend ne rien sentir à la tête*, qui est renversée en arrière. (*Ptysane oxym.; émulsion de Gumm. Arab.*)

21. Face pâle, couleur de paille et convulsée, regard hébété, subdelirium vers le soir, pupilles contractées, decubitus horizontal sur le dos, mouvemens des membres inférieurs, lents, difficiles et incommodes, les supérieurs offrent un certain dégré de rigidité, insomnie, peau sèche et brûlante; *la malade dit qu'elle ne sent aucune douleur à la tête*: selles normales, pyrexie et aphonie, prononciation presque nulle. (*VIII sangsues aux tempes: sinap. aux pieds, émulsion de Gomm. Arab.; diète; etc.*)

22 — 23. Un peu mieux. Léger sommeil d'une heure, présence d'esprit, face pâle et composée, toujours même decubitus, membres supérieurs flasques, mouvemens lents, difficiles et indolores, peau sèche, température naturelle, pouls fréquent et mou, pas de selles, pupilles un peu plus dilatées que le jour précédent, peu de sommeil, etc. (*Mêmes prescriptions moins les sangsues.*)

24, 25 et 26 Novembre. A-peu-près même état, pas de sueurs, pouls fréquent et mou, déjection alvine hier et avant-hier, etc. (*Idem.*)

27. Délire tranquille sur-tout vers le soir, voix faible, surdité, tintement des oreilles, prononciation lente et difficile, regard hébété, yeux hagards et brillans, face rouge, pupilles presque closes, peau sèche et brûlante, membres inférieurs et supérieurs flasques, mouvemens volontaires, lents et difficiles, pouls vif, fréquent et concentré, selles libres, peau sèche et brûlante, etc. (*X sangsues aux tempes; foment. froides sur la tête; émulsion de Gomm. Arabique.*)

28. Un peu mieux. Sommeil de deux heures, présence d'esprit, diamètre pupillaire normal, les yeux ont leur brillant naturel, sueurs profuses, face couleur de rose, surdité moindre, la rigidité des membres supérieurs est diminuée, pouls fréquent et mou, selles libres, peu de soif, etc. (*Idem.*)

29. Augmentation du diamètre pupillaire, rigidité plus grande des membres supérieurs, peu de douleur de l'encéphale, pesanteur très-incommode, insomnie, peu de sueurs, position toujours horizontale, pouls plus accéléré et légèrement tendu, sueurs moindres qu'hier, peu de soif, selles libres, inappétence, etc. (*X sangsues aux tempes; foment. froides sur la tête; ptysane oxym.; diète.*)

30. Beaucoup mieux. Sommeil de six heures, la pesanteur et la douleur de l'encéphale sont disparues; sueurs profuses, facultés intellectuelles intactes, membres supérieurs et inférieurs flasques, mouvemens faciles et indolores, voix claire, prononciation nette, sentiment de bien être, pouls mou et fréquent, l'appétit se fait sentir, etc. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

1 Décembre. L'amélioration se soutient en tout. (*Idem.*)

2, 3 et 4 Décembre. Idem. L'appétit est vif, la malade se lève, (*Idem: soupe grasse.*)

5, 6, 7 et 8. Convalescence complète. — Pendant la convalescence, la femme *Moust* a été affectée d'un catharre pulmonaire qui a cédé à l'usage de sudorifiques *sine stimulo;* elle est sortie bien portante *le* 20 *du même mois.*

Observation XL. – *P. Rooms,* âgée de 24 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, a toujours été bien réglée; elle travaille dans une filature de coton où elle fait le métier de fileuse; malade depuis trois semaines, par suite de l'action du froid, elle entre dans l'hôpital le 17 Décembre 1828; elle se plaint depuis le laps de tems indiqué d'une céphalalgie continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, etc., c'est-à-dire, de tous les symptômes qui décèlent dans la tête d'une congestion sanguine aiguë, qui déjà se transforme en arachnoïdite aiguë. Le lendemain 18 Décembre, on lui applique VIII sangsues aux tempes, on prescrit une diète sévère, et on donne intérieurement les mucilagineux et les sudorifiques *sine stimulo.*

19 Décembre. Présence d'esprit pendant le jour, délire vers le soir, regard hébété, pupilles dilatées, les globes oculaires roulent dans les orbites, cornée transparente brillante, sensations externes assez intactes, face colorée de rouge par zônes circulaires, air indifférent, légère rigidité dans les muscles des membres et du cou, position horizontale sur le dos, voix rauque, prononciation lente et pénible, somnolence, insomnie, pouls vif, contracté et serré. respiration un peu gênée, toux légère, selles liquides, soif, langue rougeâtre, pyrexie, etc. (*Artériotomie de la temporale gauche de* ℥ *xv; émulsion mucilag.: diète*)

20. Délire comme hier soir, la malade quitte son lit et se promène tranquillement autour de la salle, elle

déclare ne sentir de la douleur nulle part; du reste même état de la face et des membres qu'hier, voix rauque, pouls moins vif, plus développé; soif, selles plus rares et moins liquides, la toux a disparu, respiration fréquente et incomplète, etc. (*X sangsues aux tempes: fom. froides sur la tête; boiss. rafraîch.; émuls. mucil.; diète.*)

21 Décembre. Un peu d'amélioration en tout. (*XII sangsues aux tempes, etc.*)

22. Présence d'esprit, sommeil de trois heures, plus de céphalalgie, de pesanteur, ni de pulsations temporales; pupilles moins dilatées qu'hier, prononciation nette et claire, voix normale, mouvemens des membres libres, langue sèche et blanchâtre, pâleur de la face qui est composée, pouls fréquent, peu développé, peau sèche, etc. (*Fom. froides sur la tête; diète; boissons rafraîch.*)

23. L'amélioration se soutient; sueurs générales et profuses, voix et prononciation normales, sommeil bienfaisant de quelques heures, présence d'esprit, etc. (*Fomentat. froides sur la tête, etc.*)

24. Idem; un peu d'appétit. (*Idem.*)

25. Ecart de régime. Tous les symptômes ci-dessus notés sont revenus; strabisme, voix rauque, peu de sommeil, le pouls est très-lent et intermittent à la troisième pulsation, deux selles, pyrexie, etc. (*X sangsues aux tempes: sinap. à la nuque: diète.*)

26. Mieux. Sommeil de six heures, sueurs profuses et uniformes, pouls encore intermittent, faible et mou, strabisme moindre, plus de délire, une selle, légère douleur de l'encéphale, la pesanteur est disparue, etc. (*Vésicat. à la nuque; oxymell. ℔s, Sp. Mind. ℥ij; toutes les deux heures une cuillère à soupe.*)

27 – 28. Bien en tout. L'appétit se prononce, apyrexie. (*Ptysane oxym.*)

29, 30 et 31. Bien. Appétit vif, les alimens se digèrent bien. 10 Janvier, Convalescence complète. 6

Observation XLI. – *P*......., garçon âgé de six ans et demi, bien fait et d'une constitution saine, est porté à l'hôpital civil de Gand le 27 Janvier 1829, malade depuis dix jours; il a été atteint de la rougeole qui a régné épidémiquement pendant les mois de Septembre, Octobre, Novembre et Décembre 1828, et qui persiste encore, mais est devenue plus rare: cet enfant ayant été privé de soins, la rougeole est rentrée, et dès lors il tomba dans la fâcheuse situation où il se trouve aujourd'hui; il offre les symptômes suivans: pouls accéléré, decubitus plumbeus, état comateux, paupières tantôt rapprochées, tantôt écartées, yeux vifs et brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles contractées, regard hébété, étonné et indifférent; interrogé avec douceur le malade ne répond pas, il reste toujours couché sur le dos, rarement sur l'un ou l'autre côté; face pâle et gonflée, déglutition intacte, la bouche s'ouvre avec difficulté, pas de sommeil, membres flasques, mouvemens volontaires des membres supérieurs et inférieurs impossibles, peau sèche et chaude, constipation, écoulement involontaire de l'urine. Il vomit tout ce qu'on lui donne.

28 Janvier. (*Vésicat. à la nuque qu'on entretient; lavement.*)

29, 30 et 31. La situation du malade n'est pas changée; il prend automatiquement les boissons et les alimens qu'on lui donne et les avale; et alors il semble sortir de l'état comateux dans lequel il est plongé, mais il y retombe quelques minutes après; malgré les lavemens irritans, la constipation persiste, etc. (*R. Pulv. callom. gry, Sacch. albi* ℈i; *M. F. D. nº iv, pour* 24 *heures; ptysane oxym.*)

1 Février. Strabisme, déglutition difficile, deux selles copieuses, pouls plus lent qu'hier mais développé, pyrexie

augmentée, respiration lente et tranquille, comme si le malade était profondément endormi; du reste même état qu'hier. (*Sangs. n° VI aux tempes, sinap. aux pieds; ptysane oxym.*)

2 Février. Convulsions épileptiformes, coma profond, pouls très-lent, yeux ouverts et hagards, membres flasques, une selle, déglutition impossible, râle, face pâle et gonflée, decubitus plumbeus, etc. (*Mêmes prescriptions qu'hier moins les sangsues.*)

3. De mal en pis. Pouls lent et faible, déglutition impossible, respiration lente et incomplète, suspirieuse et accompagnée de bâillemens qui reviennent par intervalles, râle, etc. (*Rien.*)

4 – 5. Même état.

6. Mort.

8 Février. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang, ceux de la pie-mère vivement injectés. 2°. Couche albumineuse épaisse de deux lignes entre le feuillet arachnoïdien qui tapisse la face interne de la dure-mère, et celui qui couvre la face convexe et supérieure des hémisphères. 3°. Ventricules latéraux pleins de serum limpide. 4°. Substance des hémisphères sablée de sang. 5°. Celle du cervelet est vivement injectée. 6°. Canal spinal de l'arachnoïde plein de sérosité. Cette membrane épaissie et couverte d'une couche albumineuse.

Poitrine. Les organes renfermés dans cette cavité, sont intacts.

Abdomen. Muqueuse des intestins injectés, glandes du mésentère engorgées, dures et augmentées en volume.

Observation XLII. – La nommée *Cath*......, âgée de 16 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, n'est pas encore réglée; elle entre dans l'hôpital civil de Gand le

25 Janvier 1829: malade depuis trois semaines, à la suite d'un saisissement violent, elle s'est plainte d'une douleur vive et constante occupant toute l'étendue de l'encéphale, et accompagnée de pulsations aux tempes ainsi que de pesanteur et de pyrexie; voici en outre les symptômes qu'on observe: état comateux, suspension complète des sensations externes, decubitus plumbeus sur le dos, membres supérieurs et inférieurs fléchis et rigides, yeux hagards, pupilles dilatées, strabisme, visage rouge et animé, chaleur brûlante au front. aphonie, déglutition impossible; pour faire prendre des boissons au malade, on est obligé de lui ouvrir la bouche avec violence; respiration sifflante, incomplète et gênée, pouls fréquent, vif et concentré, selles retardées, écoulement involontaire de l'urine, sécheresse et chaleur brûlante de la peau. La maladie a été abandonnée à la nature.

26 Janvier. (*Le matin XII sangsues aux tempes: lavement; diète: l'après-dîné on fait une artériotomie de* ℥ *x: boissons délayantes.*)

27. Morte à trois heures de relevée.

30 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure et de la pie-mère gorgés de sang. Extravasation de ce liquide à la surface convexe des hémisphères, et particulièrement à leurs lobes moyens. L'arachnoïde qui enveloppe ces parties, est couverte d'une couche albumineuse blanchâtre, son tissu est épaissi. 2°. Ventricules latéraux remplis de serum trouble. 3°. Substance des hémisphères légèrement injectée. 4e. L'arachnoïde cérébelleuse offre le même état que celle du cerveau. Cerebellum sain. 5°. Arachnoïde spinale épaissie et blanchâtre. Serum clair dans le canal rachidien. Moëlle épinière saine. La base de l'encéphale n'offre rien de remarquable.

Poitrine. Tous les viscères contenus dans cette cavité, sont dans l'état normal.

Abdomen. Muqueuse de l'estomac rouge. La muqueuse des intestins est injectée ainsi que le mésentère. Le colon est rempli dans toute son étendue jusqu'au rectum, de matières fécales dures et jaunâtres, ses parois sont distendues et amincies. Les autres viscères sont intacts.

Observation XLIII. – *M. Haemslager,* âgée de 10 ans, entre dans l'hôpital civil de Gand le 14 Janvier 1829, malade depuis quelques jours et se plaignant d'esquinancie catharrale qui affecte les amygdales; la pyrexie était légère et la malade semblait peu souffrir. Effectivement l'affection catharrale céda facilement à l'application de quelques sangsues et au régime antiphlostique, mais la malade accusait de la céphalalgie qui ne paraissait pas devoir exciter la moindre inquiétude. Le 16 au matin elle offre les symptômes suivans qui se sont manifestés subitement: céphalalgie vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pesanteur et de pulsations des tempes; les facultés intellectuelles restent intactes, elle reconnait ses parens et répond d'une manière satisfaisante aux questions que le médecin lui adresse; cependant la voix est très-affaiblie, la prononciation lente et difficile, la tête renversée en arrière et maintenue fixement dans cette position; somnolence et cependant insomnie; la malade pousse des cris plaintifs par intervalles de 5 à 6 minutes, à cause des douleurs poignantes et lancinantes de la tête qui l'accablent et viennent momentanément suspendre l'état d'assoupissement dans lequel elle est plongée; de tems en tems elle applique les deux mains à la tête pour soulager ses souffrances; face rouge agitée de mouvemens convulsifs du côté gauche, trismus et grincement des dents, déglutition intacte, mais les lèvres s'écartent difficilement; tous les membres sont fléchis et rigides, agités de

convulsions qui se communiquent au tronc, dont les secousses fréquentes empêchent la jeune fille de se reposer un moment; paupières entr'ouvertes, pupilles dilatées, yeux brillans et vitrés, regard hébété, respiration fréquente et gênée, pouls vif, fréquent et concentré, langue sèche, soif, constipation opiniâtre, peau sèche et chaude; délire le soir et toute la nuit.

16 Janvier. (*Artériot. de la temporale ℥viij; R. Ol. Ricini ℥i, Amygd. dulc. ℥s, pro dosi.*)

17. Même état que le jour précédent, les cris plaintifs ont cessé, aphonie, mutisme, renversement de la tête plus grand qu'hier, les secousses convulsives du tronc ont cessé, et sont remplacées par une agitation générale; sommeil nul, pouls moins accéléré mais dur, constipation; les autres symptômes persistent. (*XII sangsues aux tempes; foment. froides sur la tête; diète; boissons délayantes; lavement irritant composé de savon.*)

18 – 19. Même état; pas de selles. (*R. Aq. Laxat. ℥iij; foment. froides sur la tête; sinap. aux pieds: diète.*)

20. Contractures et rigidité des membres droits, les gauches libres et flasques, pupilles dilatées, globes oculaires fixes, trismus, le côté gauche est agité de convulsions, respiration sifflante et difficile, face pâle, état comateux, une selle de fæces dures et brunâtres, pouls vif, tendu et concentré, etc. Malgré l'application des saignées et des dérivatifs puissans, la malade expira le 21 à 5 heures du soir.

23 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Beaucoup de serum au-dessous de la dure-mère et entre les deux feuillets de l'arachnoïde enveloppante des hémisphères cérébraux; cette membrane est blanchâtre et a perdu sa transparence. Vaisseaux de la pie-mère très-injectés. 3°. Tous les ventricules du cerveau

et du cervelet sont pleins de serum. 4°. Arachnoïde cérébelleuse injectée; beaucoup de sérosité claire dans l'arachnoïde spinale; elle a perdu sa transparence dans la portion cervicale.

Poitrine. Poumon gauche adhérent à la plèvre gauche dans toute son étendue.

Abdomen. Les organes de cette cavité sont intacts.

Lorsque l'arachnitis aiguë arrive au plus haut degré de développement, soit que marchant avec lenteur elle ait parcouru toutes les phases de la congestion sanguine aiguë, soit que faisant explosion d'une manière brusque, elle ait acquis dans l'espace de deux à trois jours toute son intensité; voici les symptômes qu'elle offre à l'observateur, tels que nous les avons reconnus dans les observations cliniques qui précèdent et dans les ouvrages des médecins qui ont décrit cette redoutable affection: nous classerons ces symptômes d'après les phénomènes fonctionnels normaux et de la vie animale, et de la vie végétative.

Fonctions intellectuelles. Céphalalgie intense occupant toute l'étendue de l'encéphale, continue et accompagnée d'élancemens subits, intermittens et revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, pulsations des tempes, pesanteur de la tête, dont le moindre mouvement rend ces sensations douloureuses insupportables; puis morosité, mélancolie, délire tantôt furieux, tantôt tranquille, cris, chants, vociférations, loquacité, réponses brusques, incohérentes et brèves, état comateux. Parfois le malade prétend se porter à merveille, ne sent rien dans la tête, ou bien il accuse seulement de la douleur qui s'étend depuis l'occiput jusqu'au milieu du dos, ou jusqu'aux lombes. Dans d'autres cas le délire consiste dans la répétition de certains mots, de certaines phrases qu'il s'efforce en vain de prononcer, ou bien il murmure entre

les dents des mots prononcés à demi, des phrases qu'on ne peut ni entendre, ni comprendre; il refuse obstinément les alimens et les boissons qu'on lui offre.

Sensations externes. Pupilles contractées chez les jeunes sujets principalement, plus fréquemment dilatées chez les adultes, surdité d'un côté seulement, ou des deux à la fois, vision troublée, quelquefois suspendue, yeux brillans sans changement de couleur à la cornée transparente, laquelle est parfois rougeâtre; globes oculaires tantôt fixes, tantôt offrant des mouvemens de rotation, strabisme divergent, paupières mi-closes, larmoiement ou sécrétion de matière puriforme par les glandes tarsiennes, face rouge et animée, rarement pâle et gonflée; air de souffrance ou d'hilarité, regard hébété, étonné, indifférent, menaçant, convulsé; stupeur.

Voix et parole. Prononciation lente et difficile, entrecoupée par le silence, articulation pénible et pour ainsi dire orale sans mouvement des lèvres, voix successivement affaiblie, éteinte, rauque et cassée. Chez les enfans, malgré l'affaiblissement si marquant du timbre, on observe souvent des cris plaintifs arrachés momentanément par la violence et l'acuité des élancemens qui, venant à cesser, sont suivis d'aphonie et de mutité.

Mouvemens volontaires des membres. Mouvemens volontaires des extrémités douloureux, lents, difficiles, quelquefois impossibles, decubitus plumbeus; dans d'autres cas le malade s'échappe de son lit, se promène, évite même les obstacles qui s'opposent à son passage; mais ce moment de surexcitation passé, il reste dans une position immobile et horisontale et se plaint de douleur vive aux extrémités, occasionnée par le plus léger mouvement qu'on leur imprime. Quand chez quelques patiens le médecin soulève l'un des membres pelviens ou thorachiques, soit pour l'examiner, soit pour explorer le pouls,

il éprouve de la part du membre soulevé une résistance telle, que celui-ci semble tiré en sens contraire. Renversement de la tête en arrière, rigidité tantôt des membres supérieurs, tantôt des inférieurs qui sont les uns et les autres quelquefois fléchis. Les convulsions suivent à-peu-près la même marche; quand la rigidité affecte le tronc simultanément avec les membres, alors le corps du malade est tendu comme un arc, et on peut le soulever tout d'une pièce. Finalement paralysie qui présente relativement au siège les mêmes variations que la roideur, mais elle nous paraît beaucoup plus rare.

Fonctions digestives. Trisme; quelquefois le spasme se borne à l'orbiculaire des lèvres et la bouche s'ouvre alors avec difficulté; sécheresse et rougeur de la langue qui est parfois blanchâtre, humide, jaunâtre, lancéolée, plissée ou échancrée à sa circonférence; soif vive, nausées, inappétence, sentiment d'ardeur perçu au creux de l'estomac, vomissement de matière bilieuse ou muqueuse; excrétions fécales retardées, quelquefois diarrhée, surtout quand une irritation de la muqueuse intestinale complique l'arachnitis; urine teinte, rouge, brunâtre, muqueuse, limpide, rarement naturelle.

Circulation du sang. Le pouls varie non-seulement d'un individu malade à l'autre, mais dans le même individu il est très-variable sur-tout quand on l'explore le matin ou le soir. Ainsi il est accéléré, dur, vif, concentré, lent, développé, et rarement en rapport avec la nature de la maladie; il n'a qu'une valeur très-faible, comme signe propre à établir le diagnostic.

Respiration. Cette fonction offre aussi des phénomènes morbides qui annoncent que les poumons ainsi que les muscles respiratoires se ressentent de la phlegmasie qui a envahi les enveloppes de l'encéphale; ainsi nous avons pu observer plus d'une fois, que la respiration s'accélère,

est plus ou moins gênée, que le malade se plaint d'anxiété pectorale, de toux, de douleur vague, lancinante, perçue tantôt d'un côté des parois thorachiques, tantôt de l'autre. Quelquefois elle se ralentit, devient incomplète, parce que la dilatation de la poitrine n'est pas uniforme; sifflante, profonde, même stertoreuse, mais alors elle annonce toujours une fin prochaine.

Température de la surface cutanée et transpiration insensible. La peau est généralement sèche et brûlante, mais la sécheresse ainsi que l'ardeur se remarquent particulièrement au front: tant que la phlegmasie est en pleine vigueur, les sueurs ne paraissent pas; ce n'est que deux ou trois jours avant le terme fatal qu'on les observe abondantes, visqueuses et fétides, offrant une odeur de souris, laquelle nous paraît dépendre en partie des urines qui inondent les literies du malade; on observe encore une transpiration profuse et uniforme lorsque la maladie semble passer en résolution. Les symptômes que nous venons d'énumérer et principalement les idiopathiques, qui se manifestent dans l'appareil cerebro-spinal, suivent toujours la remission et l'exacerbation de la pyrexie, compagne fidèle de toutes les inflammations.

Lorsque l'arachnoïdite aigue est arrivée à l'*Acme*, si les moyens convenables ont été négligés dès le commencement, ou bien ce qui pis est, si des moyens incendiaires ont été employés sous l'un ou l'autre prétexte; le *facies morbi* change comme suit: rigidité de tout le corps, ensuite paralysie des extrémités inférieures, le délire cesse, est remplacé par l'assoupissement, qui bientôt fait place à l'état comateux, decubitus plumbeus, cuisses écartées et fléchies sur le bassin, flexion des jambes sur les cuisses, soubresauts des tendons aux membres supérieurs devenus très-lourds ainsi qu'aux inférieurs; trismus, déglutition impossible, le malade ne peut plus pousser la

langue, celle-ci est tremblante et atteint à peine les bords des lèvres lorsque la bouche est entr'ouverte; aphonie, mutité, expulsion involontaire de l'urine et des fæces, constipation opiniâtre, face convulsée, alternativement rouge et pâle, rougeur circonscrite aux pommettes, distorsion des yeux, strabisme au plus haut degré, pupilles fermées, quelquefois dilatées, paupières fermées, rouges, collées entr'elles par les cartilages tarses, dont les glandes secrètent abondamment une matière puriforme; cornée transparente terne et rougeâtre, sensations externes suspendues; dans d'autres cas, les paupières droites ou gauches sont affectées seulement; langue noire, sèche, épaissie et aphtheuse, respiration sifflante, profonde et incomplète, pouls faible, fréquent, irrégulier, intermittent, très-accéléré, petit; etc.; sueurs fétides, profuses et collantes, offrant une odeur de souris, chaleur brûlante de la peau, mort.

SECTION QUATRIÈME.

Avant d'entamer une discussion approfondie relativement à la valeur diagnostique des symptômes locaux qui se manifestent pendant le cours de la phlegmasie qui nous occupe, nous avons cru devoir fixer l'attention du public médical sur une modification singulière de l'arachnoïdite aiguë, modification dont nous avons jusqu'aujourd'hui vainement cherché des traces dans les ouvrages des divers auteurs qui ont décrit cette affection, si l'on en excepte les seuls, Pinel et Morgagni (1), qui rapportent avec étonnement quelques observations éparses, qu'ils ont, pour ainsi dire, abandonnées à leurs succes-

(1) Médecine clinique. Paris, 1804. Item, Nosographie philoroph. Tom. II. De sedibus et causis morborum.

seurs pour en faire usage, lorsque devenues plus nombreuses, elles pourraient servir à fonder une doctrine médicale applicable aux cas analogues. Nous voulons dire que cette terrible inflammation *peut quelquefois simuler les accès de fièvre intermittente quotidienne ou tierce.* Ce résultat fondé directement sur l'observation, est de la plus haute importance pour le traitement, puisque si malheureusement le médecin se trompe sur la nature des *prétendus paroxysmes febriles,* qui s'observent dès le début, ou pendant le cours de la maladie, il perd successivement tous les malades commis à ses soins : nous allons encore consulter l'observation, et nous rapporterons avec candeur nos succès et nos revers, afin de prouver que nous cherchons sincèrement la vérité, et persuadés que nous sommes que de la part des médecins éclairés qui lisent ce traité, nos insuccès ne peuvent jamais nous attirer le moindre blâme.

Observation XLIV. – *Cath. Goethals,* âgée de 30 ans, non mariée, d'une constitution sanguine robuste, travaillant à la journée, entra dans l'hôpital civil de Gand le 26 Février 1824, malade depuis un mois ; ses règles étaient supprimées depuis cette époque par suite du froid, et elle se plaignait d'une fièvre intermittente quotidienne, irrégulière depuis deux jours, qui semblait être *masquée* sous la forme d'une *céphalalgie très-intense ;* cette fièvre revenait regulièrement tous les matins vers dix heures, s'annonçait par des frissons, ainsi que par le froid des extrémités ; il y avait en même tems douleur assez aiguë occupant tout le trajet de l'épine du dos, douleur vive et continue s'étendant à toute la circonférence de l'encéphale, et suivant les expressions de la malade, *insupportable ;* les facultés intellectuelles ainsi que les sensations externes restaient intactes, les mouvemens des membres

étaient douloureux et difficiles; il y avait défatigation générale, prononciation lente et difficile, sur-tout pendant l'accès, ainsi que faiblesse de la voix, qui se ranimait lorsque les sueurs arrivaient; la face était rouge, les yeux étincelans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles dilatées; néanmoins il est bon d'observer qu'on ne remarquait jamais d'*apyrexie complète;* car après des sueurs abondantes le pouls restait vif, fréquent et accéléré, la température de l'organe cutané était très-élevée, il y avait insomnie, soif continuelle, pas d'appétit, sécheresse de la langue enduite de mucus, selles retardées, urines rouges et enflammées; du reste la respiration toujours normale, s'accélérait pendant le *prétendu paroxysme.* Dans cet état de choses on combattit la fièvre par des saignées générales et locales et par des antiphlogistiques donnés à l'intérieur; le paroxysme parut diminuer mais résista; ensuite on employa pendant à-peu-près inq semaines les fébrifuges les plus énergiques combinés vec les antispasmodiques, tels que l'assa fœtida, l'opium n substance, la valériane, etc. On appliqua des vésiatoires sur la tête, après l'avoir fait préliminairement aser, on fit mettre à la nuque un séton qu'on entretint endant quinze jours, tous ces moyens furent inutiles; s ne produisirent d'autre effet que celui de reculer l'accès brile vers minuit, tandis qu'au début il arrivait tous les urs le matin à 10 heures. Enfin la malade succomba endant le prétendu accès à minuit entre le 7 et 8 Avril. lle délira jusqu'au dernier moment, et pendant les six erniers jours de son existence, accusa une faiblesse génée le d'autant moins surprenante que les fonctions digesves n'avaient jamais été bien remplies pendant le cours sa longue maladie.

Le 10 Avril. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux veineux et artériels du cerveau

gorgés de sang. 2°. Ventricules latéraux des hémisphères distendus par de la sérosité dont le poids équivaut à six onces, et qui est aussi très-abondante à la base du crâne; septum lucidum très-aminci, substance cérébrale mollasse. 3°. Arachnoïde très-épaissie et adhérente à la pie-mère en beaucoup de points.

Poitrine. Poumons sains mais légèrement adhérens à la plèvre.

Abdomen. La muqueuse intestinale rouge et vivement injectée; les autres viscères intacts.

Notez bien qu'à l'examen le plus scrupuleux fait pendant la vie, on n'a jamais pû découvrir le moindre symptôme d'une compression cérébrale.

Observation XLV. – La nommée *Bernardine Calewaert*, couturière, âgée de 47 ans, veuve depuis quatre ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 2 Janvier 1828, malade depuis quelques jours; elle se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès reviennent régulièrement vers minuit, et s'annoncent par des frissons accompagnés de tremblement général et de sensation de froid sur-tout aux extrémités inférieures; en même tems il y a soif, pouls petit, accéléré et concentré, etc.; ces symptômes sont suivis de sueurs copieuses uniformément répandues et qui persistent jusqu'au lendemain dans la matinée, tems auquel l'accès paraît cesser; néanmoins des douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées d'élancemens et augmentées par l'arrivée du paroxysme, persistent mais avec moins de violence, quoique celui-ci semble avoir cessé; le pouls reste fréquent, accéléré et vif, les facultés intellectuelles sont légèrement troublées, mais il y a somnolence et pourtant insomnie, pulsations des tempes, la voix est faible, la

prononciation lente et difficile, mouvemens volontaires douloureux et difficiles, chaleur brûlante au front, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles dilatées, rougeur de la face, regard hébété, soif, sécheresse et rougeur de la langue, inappétence, selles rares, la température de la peau est élevée, position horisontale, sentiment de faiblesse. En entrant, la malade a vomi une grande quantité de matières bilieuses sans soulagement; elle est irrégulièrement réglée depuis un an.

3 Janvier. Même état. L'accés et revenu la nuit passée. (*XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; R. Pulv. Rhei Elect.* ℥*i, pro dosi; après la saignée, diète; ptysane oxym.*)

4. Un peu mieux. L'accès est revenu la nuit passée, il a été moins violent, les douleurs ainsi que les autres symptômes persistent quoiqu'à un moindre degré, pas de sommeil, pouls accéléré et vif, une selle copieuse, etc. (*R. Artériotomie de* ℥*xiv à la temporale droite; R. Aq. Laxat. Vienn.* ℥*iv, a prendre par moitié, à la distance de deux heures, après la saignée, diète; ptysane oxym.*)

5. Amélioration remarquable; sommeil de trois heures, l'accès n'est plus revenu, les symptômes susmentionnés ont tout-à-fait cessé du côté droit de l'encéphale, au côté gauche ils persistent encore mais à un faible degré; du reste la face est composée et pâle, la prononciation facile, la voix presque normale, mouvemens volontaires indolores, peu de soif, langue humide et blanchâtre, pouls fréquent et faible, respiration normale, sueurs copieuses et bienfaisantes, deux selles liquides. (*VIII sangsues aux tempes gauches, on laisse couler le sang pendant une heure: ptysane oxym.; diète.*)

6. L'amélioration se soutient; plus d'accès fébrile, l'encéphale est totalement dégagé, sommeil tranquille de

six heures, sueurs copieuses, plus de soif, langue humide et blanchâtre, même état du pouls que le jour précédent, l'appétit se fait sentir, la malade exprime le désir de se lever. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

7 Janvier. Idem. Cependant la malade a fait un écart dans le régime, selles retardées, amertume de la bouche, pouls naturel mais faible. (*R. Aq. Lax. Vienn. ℥iv, Mell. despum. ℥i: à prendre une cuillère à soupe toutes les deux heures: diète.*)

8. Mieux. Trois selles, l'amertume de la bouche a disparu, l'appétit se prononce, du reste mieux en tout. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

9 – 10. (*Idem.*)

11 – 12. Idem. (*Soupe grasse.*)

13, 14 et 15. Idem. (*Ptysane oxym.*)

16. Bien. (*Idem.*)

17 – 22. Convalescence complète.

Observation XLVI. – La nommée *Joanne Dewaele*, couturière, mariée, âgée de 51 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, irrégulièrement réglée depuis deux ans, entra dans l'hôpital civil de Gand le 10 Mai 1828, malade depuis huit jours et se plaignant d'une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès revenaient tous les matins vers les dix heures, se manifestant par des symptômes caractéristiques, tels que frissons, sensation de froid aux extrémités inférieures, grincement des dents, soif, pâleur de la face, douleur de tête, pouls faible, petit, fréquent et concentré, etc.; ils se terminaient vers les trois heures de l'après-diner par des sueurs abondantes qui continuaient jusqu'au soir; néanmoins malgré la cessation des sueurs le pouls ne revenait pas à son type naturel, la soif et la sécheresse de la langue disparaissaient jusqu'au lendemain matin, tems vers lequel l'appétit se

fesait sentir d'une manière vague; le sommeil était léger et interrompu par des rêves effrayans; du reste la malade accusait des douleurs musculaires qui, augmentées pendant l'accès, rendaient les mouvemens volontaires difficiles et insupportables; les facultés intellectuelles étaient intactes, la respiration n'offrait rien de particulier, seulement elle était plus fréquente pendant le paroxysme; en outre diarrhée, urines briquetées mais teintes, position horizontale, sentiment de faiblesse, prononciation lente et nette, voix faible.

11 Mai. Même état; même accès hier matin á dix heures. (*R. Mucil. gg. Arab. ℥iv; Syr. de Alth. ℥is; M. toutes les deux heures une cuillère à soupe; diète; ptysane oxym.*)

12. Idem. La diarrhée a cessé, l'appétit semble un peu augmenté, le pouls reste le même pendant l'apyrexie, c'est-à-dire, qu'il est fréquent, concentré et faible; la peau offre une température un peu plus élevée qu'hier; langue un peu humide et rougeâtre, insomnie, tête renversée en arrière, decubitus plumbeus, rigidité des membres supérieurs et inférieurs. (*R. P. Sulf. Kininæ gr. xx, Sacch. albi ℥i; f. d. nº v, à prendre demain matin depuis quatre heures jusqu'à neuf; ptysane oxym.; bouillon.*)

13. L'accès fébrile est revenu comme à l'ordinaire; il a duré plus long-tems et paraît avoir été plus violent que le jour précédent; du reste même état qu'hier, pouls faible, petit et concentré; peu d'appétit, pas de sommeil, une déjection alvine. (*R. Pulv. torti ruh. ℥s, Sulf. Kininæ gr. xv, Mell. dispum. q. s. ad elect. à prendre comme hier pendant le même intervalle de tems; ptysane oxym.; bouillon.*)

14. L'accès fébrile revient encore de la même manière, face pâle et décomposée, pouls faible et fréquent, peu

d'appétit, léger délire même pendant l'apyrexie, position horizontale, decubitus plumbeus, rigidité de tous les membres, tête renversée en arrière, sueurs fétides, continues et abondantes, langue sèche et rougeâtre, insomnie, une déjection alvine, respiration incomplète et fréquente. (*On répète les mêmes prescriptions.*)

15 Mai. De mal en pis. La fièvre semble être devenue continue, le délire persiste, même état de la face, soif, langue sèche et rougeâtre, inappétence, insomnie, pouls faible et fréquent, offrant des pulsations à peine sensibles, sueurs fétides et collantes, refus d'alimens et de boissons, urines briquetées et rougeâtres, une déjection alvine. (*R. Dec. torti flavi Vin.* ℔ *i*, *Syr. cort. Aur.* ℥ *i; toutes les deux heures une cuillère à soupe; bouillon.*)

16. (*Idem.*)

17. (*Idem.*)

18. Morte vers le soir.

20. *Nécropsie.*

L'habitude extérieure du cadavre n'offrit rien de particulier, seulement on remarqua un certain degré d'amaigrissement.

Tête. Artères, sinus et veines céphaliques gorgés de sang, lorsqu'on coupe par tranches la substance cérébrale, elles présentent un grand nombre de points rougeâtres; le cerveau offre un peu plus de consistance que dans l'état normal, mais il n'y a aucun épanchement dans ses cavités; la dure-mère et la pie-mère sont intactes, l'arachnoïde a perdu sa transparence sur-tout à la face inférieure des hémisphères, où elle est très-épaissie.

Poitrine. Les poumons sont remplis de sang noir liquide; du reste rien de remarquable.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac présente une teinte rouge légère, celle des intestins se trouve dans l'état normal, ainsi que les autres viscères renfermés dans cette cavité.

Observation XLVII. – *P. Vione*, âgé de 29 ans, ouvrier travaillant dans une filature de coton, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine, entre dans l'hôpital civil le 31 Juillet 1828; malade depuis dix jours, il se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès annoncés par des frissons, par un sentiment de froid, etc., reviennent tous les matins vers neuf heures et ne sont jamais suivis d'apyrexie complète, mais seulement de légère remission vers minuit; en outre le malade accuse les symptômes suivans: douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pulsations des tempes, d'insomnie et de chaleur brûlante au front; les facultés intellectuelles restent intactes, mais les mouvemens volontaires sont douloureux et difficiles; decubitus plumbeus, la voix faible et presqu'éteinte, la prononciation lente, le malade n'articule pas clairement; du reste rougeur de la face, les yeux brillent sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles dilatées, regard hébété, soif vive, langue sèche, bouche amère, inappétence, selles rares, respiration fréquente et profonde, pouls lent mais développé, il devient plus fréquent et plus vif lors qu'a l'approche des prétendus accès, tous les symptômes ci-dessus indiqués augmentent en intensité; du reste l'urine est teinte de couleur rouge de sang.

1 Août. Même état. (*R. X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang une demi-heure; R. Pulv. Rhei ℈i, pro dosi, à prendre après la saignée; diète; ptysane oxym.*)

2. Un peu mieux. Le prétendu accès n'a pas reparu, les symptômes relatifs à l'affection cérébrale n'ont pas cessé, mais sont diminués, la somnolence et l'insomnie persistent, les pulsations des tempes sont disparues, face plus composée qu'hier, même difficulté des mouvemens volontaires, le malade a eu trois selles, la bouche est

normale, la soif moins vive, le pouls moins développé, la prononciation est plus facile qu'hier, légère rigidité des membres inférieurs. (*Ptysane oxym.; diète.*)

3 Août. Même état que le jour précédent. (*Idem.*)

4. Plus d'accès, mais les douleurs sont augmentées dans l'encéphale, pas de sommeil, regard plus hébété qu'hier, température de la peau augmentée, la faiblesse de la voix est grande, l'articulation des mots plus difficile; rougeur de la face devenant plus intense à neuf heures du matin, soif, tête légèrement renversée en arrière et de côté, une déjection alvine. (*Sangsues n° X aux tempes, ptysane oxym.; diète.*)

5. Amélioration remarquable; les douleurs de l'encéphale, les pulsations des tempes et l'insomnie ont totalement cessé; sommeil bienfaisant de quelques heures, face composée, prononciation et voix naturelles, pâleur de la face, sueurs copieuses, plus d'accès, soif diminuée, langue humide, respiration et pouls normaux, flaccidité des membres, leurs mouvemens sont faciles et indolores. (*Ptysane oxym.; diète.*)

6. L'amélioration se soutient; sommeil de quelques heures, plus de soif, l'appétit se fait sentir, une déjection alvine. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

7 – 8. Idem. L'appétit se prononce. (*Même ptysane; soupe grasse.*)

9, 10, 11 et 12. Convalescence complète.

Observation XLVIII. – *Marie Vlaminck*, femme de ménage, âgée de 40 ans, non mariée, d'une constitution sanguineo-lymphatique et saine, entre dans l'hôpital civil de Gand le 4 Août 1828, malade et se disant atteinte depuis quatre jours d'une fièvre intermittente quotidienne, qui se manifeste par des accès réguliers, signalés par des frissons, des tremblemens, par le froid

des extrémités inférieures, etc.; elle se plaint en outre de douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnées de pulsations des tempes, d'élancemens à des intervalles peu éloignés, et de pesanteur; les facultés intellectuelles sont légèrement troublées, il y a confusion dans les idées, la voix est presqu'éteinte, la prononciation lente et difficile, somnolence et pourtant insomnie, chaleur brûlante au front, mouvemens volontaires des membres douloureux et difficiles, stupeur générale, decubitus plumbeus, face rouge, regard hébété, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles dilatées, respiration profonde, fréquente et sifflante, pouls vif, contracté et fréquent, chaleur brûlante et sécheresse de la peau; tous ces symptômes s'accroissent beaucoup en intensité pendant le prétendu paroxysme, passé lequel il y a peu de sueurs, tandis que vers le soir il y a plutôt exacerbation, et remission le matin; du reste inappétence, soif vive, bouche et langue sèches, celle-ci est rougeâtre et lancéolée vers la pointe, selles libres, urine teinte. La malade a toujours été bien réglée.

5 Août. Même état. (*Saignée au bras de xii ℥; ensuite X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixt. antiph.; boissons rafraîch.; diète.*)

6. Mieux en tout. L'accès fébrile n'a plus reparu, les douleurs et la pesanteur de l'encéphale sont diminuées, les pulsations des tempes ont cessé; présence d'esprit, prononciation plus facile, la voix moins faible, insomnie, même état de la face, respiration normale; du reste mêmes symptômes. (*Mixt. antiph.; boissons rafraîch.; diète.*)

7 Août. Peu de changement en mieux. L'accès fébrile n'a pas reparu, une déjection alvine, sommeil léger entrecoupé d'insomnie. (*Sangsues n° X aux tempes; mixt. antiph.; boissons mêmes.*)

8. Amélioration remarquable; les douleurs et la pesanteur de l'encéphale ont cessé, sommeil bienfaisant de six heures, sueurs abondantes, pouls fréquent et faible, peu de soif, langue humide et développée à la pointe, mouvemens volontaires et prononciation faciles, voix naturelle; la malade change facilement de position dans son lit, elle ne garde que par intervalles la position horizontale, une déjection alvine, inappétence. (*Mixt. antiph.; ptysane oxym.; diète.*)

9. L'amélioration se soutient; pyrexie légère, sommeil bienfaisant, etc. (*Idem.*)

10. Idem; de mieux en mieux. Apyrexie complète, l'appétit se fait sentir, etc. (*Soupe maigre: ptysane oxym.*)

11. (*Idem.*)

12. Idem; l'appétit se prononce, la malade se lève. (*Soupe grasse; même ptysane.*)

13, 14 et 15. (*Idem.*)

16, 17 et 18. Convalescence complète.

Observation XLIX. – *P. Paz,* âgé de 8 ans, d'une constitution saine et qui se développe bien, entra dans l'hôpital civil le 9 Août 1828, déjà malade depuis huit jours; ses parens racontent qu'il est atteint d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès semblent se manifester à midi par des frissons, malaise général, perte d'appétit, soif, morosité, léger délire; lesquels symptômes sont bientôt suivis de chaleur, de sécheresse de la peau et de sueurs. Le malade se plaint de douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes et de pesanteur; les mouvemens volontaires sont lents, difficiles et douloureux, de manière que le patient n'aime pas à changer de place; du reste chaleur brûlante au front, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée, visage

rouge, dilatation des pupilles, voix faible, prononciation lente et difficile, selles rares; le pouls reste toujours vif et accéléré même lorsque l'accès semble être à sa fin; la langue est sèche et jaunâtre, soif vive, insomnie, état de stupeur, respiration fréquente et un peu sifflante, urines limpides.

10 Août. (*VI sangsues aux tempes; lavement; ptysane oxym.; diète.*)

11. Amélioration sensible; les douleurs de l'encéphale sont diminuées, l'accès n'a plus reparu, insomnie, état de stupeur moindre, présence d'esprit, la morosité ainsi que la difficulté des mouvemens volontaires sont les mêmes, sueurs, pouls vif, moins accéléré qu'hier, pyrexie moindre, la pesanteur de la tête, la sécheresse de la langue et la soif persistent; la prononciation est plus facile, la voix moins faible; une déjection alvine copieuse. (*VI sangsues aux tempes; fom. froides de Schmuckel à la tête; mixt. antiphl.; toutes les deux heures et demi une cuillère; même ptysane; diète.*)

12. L'amélioration se soutient; l'encéphale ne souffre plus, pâleur de la face, qui est composée; sommeil bienfaisant de quelques heures, sueurs, apyrexie, langue humide, peu de soif, mouvemens volontaires faciles, pouls fréquent et mou, l'appétit se fait sentir. (*Mêmes prescriptions qu'hier moins la saignée; soupe maigre.*)

13. De mieux en mieux. Sommeil naturel, apyrexie, une selle, plus de soif, pouls faible et fréquent, l'appétit se prononce. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

14 – 15 Août. Idem; le malade se lève un peu. (*Soupe grasse; même ptysane.*)

16, 17, 18 et 19. Convalescence.

Observation L. – La nommée *Pauline Peyn*, fille non mariée, âgée de 17 ans, fileuse de coton, d'une consti-

tution sanguineo-lymphatique, saine et bien développée, a toujours été bien réglée; elle entre dans l'hôpital civil de Gand le 10 Août 1828, malade depuis 15 jours; elle se plaint d'une fièvre intermittente offrant le *type tierce*, qui revient irrégulièrement le matin ou l'après-diner, et s'annonce par des frissons, des tremblemens, etc.; les sueurs sont peu abondantes, et le paroxysme n'offre jamais une apyrexie franche, le pouls restant toujours vif, accéléré et contracté, pendant le tems de la remission; elle se plaint en outre de douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, qui, légères au commencement, se sont successivement accrues; elles étaient d'abord accompagnées de pulsations des tempes, de chaleur brûlante au front, de pesanteur et d'insomnie malgré la somnolence prononcée qu'on pouvait observer; dans la suite les facultés intellectuelles restèrent intactes, mais la prononciation était lente et pénible, la voix faible, tous les mouvemens volontaires difficiles et douloureux; puis rougeur de la face, regard hébété, yeux vifs et brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, respiration fréquente, profonde et un peu sifflante, pouls vif, accéléré et contracté; tous les symptômes qui viennent d'être indiqués, offrent une intensité remarquable au retour de l'accès tierce; du reste amertume de la bouche, soif vive, langue rouge, sèche et lancéolée vers la pointe; inappétence, selles rares, urines teintes, chaleur brûlante de la surface cutanée, position horizontale.

11 Août. Même état. C'est le jour de l'accès tierce. (*R. Saignée au bras de xii ℥; après, X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une heure; diète; lavement; ptysane oxym.*)

12. Amélioration remarquable; le paroxysme n'est pas reparu, sommeil de six heures, absence totale de

douleur, de pesanteur de l'encéphale, et de pulsations temporales; face composée et pâle, la voix est devenue naturelle, la prononciation lente mais facile, les mouvemens volontaires des membres sont indolores, respiration complète et tranquille, peu de soif, amertume de la bouche moindre, une déjection alvine copieuse, pouls fréquent et mou, sueurs abondantes uniformément répandues, langue humide, développée, un peu rouge, etc. (*Ptysane oxym.; diète.*)

13. L'amélioration se soutient en tout; cependant la malade se plaint de douleur rhumatismale légère au côté droit de la poitrine; du reste apyrexie, pouls fréquent et faible, pas de soif, langue naturelle, l'appétit se fait sentir, une déjection alvine. (*Catap. émoll. au côté droit de la poitrine, ptysane oxym.; soupe maigre.*)

14. De mieux en mieux. La douleur rhumatismale est beaucoup diminuée, sommeil bienfaisant, pouls naturel, etc. (*Catap. émoll. au côté droit de la poitrine; même ptysane: même soupe.*)

15. Idem. La douleur rhumatismale a totalement cessé, l'appétit se prononce, une déjection alvine. (*Soupe grasse; même ptysane.*)

16, 17 et 18. Convalescence complète.

Observation LI. – Le nommé *Dominique Vindevogel*, âgé de 24 ans, ouvrier, d'une constitution sanguineo-lymphatique robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 11 Août 1828. L'invasion de la maladie date déjà de 14 jours, elle s'annonce sous la forme d'une fièvre intermittente quotidienne qui revient régulièrement vers midi avec frissons, tremblemens et tous les signes d'une intermittente, dont les accès ne sont pas dessinés d'une manière très-distincte, puisque le pouls reste vif, fréquent et accéléré pendant les prétendus intervalles

d'apyrexie ; de plus, le malade offre les symptômes suivans : douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations temporales, de chaleur brûlante au front, ainsi que de pesanteur ; la face est rouge et animée, les yeux brillent sans changement de couleur de la cornée transparente ; pupilles dilatées, légère rigidité des membres supérieurs, mouvemens des membres difficiles et douloureux, prononciation lente, voix faible, respiration accélérée sans être difficile, présence d'esprit, pouls vif, accéléré et concentré, chaleur brûlante de la peau, inappétence, langue sèche, rougeâtre et pointue, soif vive, urines teintes, diarrhée.

12 Août. Même état. (*R. VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure ; diète ; ptysane oxym.*)

13. Peu d'amélioration. Retour des symptômes énoncés ci-dessus, paroxysme, diarrhée moindre. (*XII sangsues aux tempes : mêmes prescriptions que ci-dessus.*)

14. Amélioration légère. La douleur de l'encéphale est plutôt gravative, insomnie continuelle, pesanteur de la tête au point que le malade n'ose quitter sa place, l'après-midi à trois heures le prétendu accès de fièvre est revenu avec frisson, augmentation de soif, chaleur brûlante de la peau, etc. (*Artériotomie de la temporale droite de ℥ x ; mixt. antiphl., toutes les deux heures une cuillère : du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

15. Amélioration remarquable. La douleur de l'encéphale a cessé comme par enchantement, sommeil de quelques heures, le pouls est fréquent et mou, mouvemens volontaires faciles, plus de diarrhée, sueurs copieuses, respiration normale, face composée, l'accès fébrile n'est plus reparu, etc. (*Diète ; mixt. antiphl. ; ptysane oxym.*)

16 Août. Par continuation mieux. L'appétit se fait
entir, pouls normal, sommeil bienfaisant de six heures,
ne selle. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

17-18. Idem. (*Idem; soupe grasse.*)

19, 20 et 21. Convalescent,

Observation LII. - *Jeannette Poulain,* fille non ma-
iée, âgée de 21 ans, fileuse de coton, d'une constitution
nguine et robuste, étant toujours bien réglée, entre
ans l'hôpital civil le 12 Août 1828, malade depuis
-6 jours; elle se plaint d'une fièvre intermittente quo-
dienne, dont les accès se manifestent très-irréguliè-
ement tantôt le matin tantôt l'après-diner, par des
issons, des tremblemens, ainsi que par tous les symp-
ômes qui annoncent un paroxysme fébrile, avec cette
ifférence néanmoins qu'au lieu d'intermission complète,
y a seulement remission sans sueurs vers le matin;
malade accuse les symptômes suivans: douleurs vives
continues occupant toute l'étendue de l'encéphale,
compagnées de pesanteur et d'élancemens qui revien-
ent par intervalles de 6 à 7 minutes; il y a somno-
nce et pourtant insomnie, chaleur brûlante au front,
honie, prononciation difficile, surdité; les facultés
tellectuelles sont troublées, mouvemens volontaires
fficiles et douloureux, augmentation des douleurs de
ncéphale au moindre effort; yeux brillans, regard
bété, face rouge et enflée, soif vive, langue sèche,
ige, pointue et échancrée sur les bords, inappétence,
f vive, constipation, légère douleur à l'épigastre,
piration profonde, incomplète, fréquente et accom-
gnée de sifflement; pouls vif, accéléré et contracté,
aleur brûlante de la peau, qui est sèche.

13 Août. Même état. (*R. Artériotomie de la temporale
oite de ℥xij; lavement; diète; ptysane oxym.*)

14. Mieux. Les douleurs de l'encéphale et la pesanteur sont diminuées, insomnie, plus d'élancemens, la voix revient un peu mais la prononciation reste lente et difficile; l'audition est rétablie, regard moins hébété, présence d'esprit, face pâle et désenflée, mouvemens volontaires difficiles et indolores, respiration normale, peu de soif, langue moins rouge, développée et humide, une selle copieuse, pouls fréquent, moins vif et peu développé, le prétendu accès est revenu hier à 7 heures du soir. (*Sangsues n° X aux tempes, on laisse couler le sang une heure; mixt. antiphl.; ptysane oxym.; diète.*)

15. Beaucoup mieux. Sommeil bienfaisant de quatre heures, absence de douleur et de pesanteur dans l'encéphale, face composée, prononciation lente et facile, voix et respiration normales, mouvemens volontaires lents mais faciles, peu de soif, langue humide et naturelle quant à la couleur et à la surface, pouls fréquent et faible, pyrexie légère, sueurs copieuses et uniformément répandues, l'accès fébrile est disparu, température de la surface cutanée naturelle, une selle. (*R. Mixt. antiphl.; ptysane oxym.; diète.*)

16. La malade a fait hier un écart dans le régime; dès lors pyrexie, douleurs vives, etc., de l'encéphale, l'accès fébrile est revenu. (*X sangsues aux tempes; mixt. antiphl.; ptysane oxym.; diète.*)

17. Mieux. La douleur de l'encéphale, l'accès fébrile, ainsi que les autres symptômes ont disparu; diarrhée, inappétence, bouche amère, soif, pouls fréquent et faible, apyrexie. (*Ptysane oxym.; diète.*)

18 Août. De mieux en mieux. Diarrhée moindre, l'amertume de la bouche et la soif ont cessé, apyrexie complète, l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

19. De mieux en mieux. La diarrhée a cessé, l'appétit se prononce. (*Idem.*)

20 – 21. Idem. (*Soupe grasse.*)

22 – 23. Idem. (*Idem.*)

24, 25 et 26. Convalescence complète.

Observation LIII. – *F. Sleeg*, âgé de 33 ans, ouvrier, d'une constitution sanguineo-lymphatique, robuste et saine, travaillant au creusement du canal de Neuzen, entre dans l'hôpital civil le 14 Août 1828, déjà malade depuis huit jours; il se dit atteint d'une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès se manifestaient à des heures très-variables du jour; après un mûr examen voici les symptômes qu'il accuse lui-même et que nous avons pû observer: douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes et de pesanteur; il y a somnolence et pourtant insomnie; trouble des facultés intellectuelles, chaleur brûlante au front, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, face rouge et légèrement enflée, mouvemens volontaires difficiles et douloureux, rigidité tétanique des membres supérieurs, pouls vif, fréquent et accéléré, respiration fréquente et profonde, prononciation lente et difficile, voix faible; cet ensemble de symptômes persiste, ou pour mieux dire, offre seulement quelque remission à des heures différentes du jour; l'accès s'annonce ordinairement par des frissons et par une augmentation de la rougeur de la face; les autres symptômes augmentent en intensité jusqu'à ce que des sueurs copieuses et uniformément répandues se manifestent et sont suivis de la remission susmentionnée; au reste inappétence, langue sèche et jaunâtre, diarrhée, ventre mou et naturel, soif assez vive, peau brûlante, les urines sont briquetées et rougeâtres.

15 Août. Même état. (*X sangsues aux tempes, R. Mucil. gg. Arab. ℥iv, Syr. de Alth. ℥is; toutes les deux heures une cuillère; diète; ptysane oxym.*)

16. Amélioration remarquable. On a laissé couler le sang pendant une demi-heure, les douleurs de l'encéphale et la pesanteur ont cessé; sommeil bienfaisant de quelques heures, face composée, mouvemens volontaires et prononciation faciles, voix naturelle, sueurs copieuses, le prétendu accès n'a plus reparu; langue humide, peu de soif, inappétence, diarrhée moindre, pouls fréquent et mou, pyrexie légère, respiration normale, urines briquetées mais d'une teinte orangée. (*Mêmes prescriptions qu'hier moins la saignée.*)

17. L'amélioration se soutient; apyrexie, le sommeil est bienfaisant, le pouls normal, légère douleur de l'encéphale, urines naturelles, l'appétit se fait sentir, encore trois selles liquides. (*Même mixt.; sinapisme à la nuque; ptysane oxym.: soupe maigre.*)

18. En tout bien. Apyrexie, pouls naturel, tête libre, le malade se lève un moment, l'appétit se prononce. (*Idem en tout.*)

19. La diarrhée a cessé; pour le reste le malade se sent devenir convalescent. (*Soupe grasse; même ptysane.*)

20, 21 et 22. Convalescence.

Observation LIV. – La nommée *Th. Meresan,* âgée de 40 ans, femme de ménage, non mariée, d'une constitution sanguine, entre dans l'hôpital civil de Gand le 11 Septembre 1828, malade depuis 10 jours; elle se plaint de fièvre intermittente quotidienne dont les accès paraissent régulièrement l'après-midi vers deux heures et se manifestent par tous les symptômes qui caractérisent le paroxysme fébrile, seulement les sueurs profuses qui semblent devoir terminer l'accès, n'ame-

nent jamais d'apyrexie complète, puisque le pouls reste toujours vif, accéléré et tendu, la température de la peau est diminuée mais jamais au niveau de l'état normal, enfin la soif et la sécheresse de la langue persistent; en outre la malade accusa, pendant la rémission de la pyrexie, des douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale, des pulsations fortes aux tempes, des élancemens passagers qui reviennent par intervalles de 7 à 8 minutes, et une chaleur brûlante au front; les mouvemens volontaires des membres sont difficiles et douloureux, la prononciation lente et difficile, la voix presqu'éteinte; rougeur vive de la face, yeux étincelans sans changement de couleur à la cornée transparente, délire tranquille, position horizontale du corps, decubitus plumbeus, langue sèche et rouge, soif vive, inappétence, selles retardées, urines teintes; tous les symptômes énumérés ci-dessus, augmentent en intensité pendant le paroxysme. Du reste le flux menstruel est retardé depuis quelques semaines, sans qu'on puisse assigner la cause de ce retard.

12 Septembre. (*R. Ample saignée au bras de ℥ xiv, après laquelle on fait appliquer X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; lavement; ptysane oxym.*)

13. Peu d'amélioration. L'accès est revenu hier après-midi, stupeur générale, incohérence dans les idées, silence, calme apparent, pouls encore tendu et accéléré, du reste même état qu'hier, respiration sifflante et incomplète, une selle. (*Artériotomie de la temporale droite ℥ xv; mixt. antiph.; toutes les deux heures une cuillère; diète; ptysane oxym.; sinap. à la nuque.*)

14 Septembre. Un peu mieux. La malade a été plus tranquille hier; les douleurs de l'encéphale sont moindres, le délire a cessé, état de calme, silence qui n'est

interrompu que par les questions du médecin, la malade répond d'une manière insignifiante; d'ailleurs la prononciation est si difficile, la voix si faible qu'on ne peut pas comprendre les mots qui sont mal articulés; insomnie, pouls mou et développé, une selle, etc. L'accès est revenu, il a été moindre. (*Diète; mixt. antiph.; sinap. à la nuque; ptysane oxym.*)

15. Peu de changement; la nuit dernière la malade a été très-agitée, elle a déliré, ce délire était accompagné de cris plaintifs, de vociférations, de chants, elle a voulu quitter son lit, selles retardées, le pouls reste accéléré et vif, etc. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure. Aq. Laxat. Vienn. ℥ iij, à prendre en deux doses après la saignée dans l'intervalle de deux heures.*)

16. Un peu mieux. Néanmoins la malade a été agitée la nuit, elle a déliré, l'accès est encore revenu, il a duré seulement une heure; du reste trois selles, pouls moins accéléré qu'hier, moins vif, sueurs profuses, insomnie, etc. (*XII sangsues aux tempes, ptysane oxym.; diète.*)

17. Mieux. La malade a été tranquille la nuit passée, toujours insomnie, pendant le jour le délire a été moindre, respiration presque normale, sueurs profuses, l'accès a encore reparu, il a été moins long; aujourd'hui il y a un état de calme avec disposition au sommeil, selles retardées, face encore rouge et animée, pouls plutôt fréquent qu'accéléré, un peu tendu, etc. (*Ptysane oxym.; lavement; diète.*)

18. Beaucoup mieux. Présence d'esprit, la douleur de l'encéphale est disparue, sommeil bienfaisant de quatre heures, l'accès n'est plus revenu; sueurs, face un peu animée, pouls fréquent, faible et mou, plus de soif, langue humide, l'appétit se fait sentir, une selle. (*Ptysane oxym.: soupe maigre.*)

19 Septembre. Ecart dans le régime sous le rapport de la quantité des alimens; d'où légère pyrexie, douleurs vives de l'encéphale avec pesanteur, amertume de la bouche, soif, diarrhée, etc. (*X sangsues aux tempes; lavement; diète.*)

20. Mieux. Apyrexie, tous les symptômes qui s'étaient manifestés hier, sont disparus; la malade demande à se lever un instant; sommeil de six heures, pouls normal et faible, présence d'esprit, l'appétit se fait de nouveau sentir. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

21 – 22. De mieux en mieux. L'appétit se prononce, une selle. (*Ptysane oxym.; soupe grasse.*)

23, 24 et 25. Bien.

26–30. Convalescence complète. *Th. Meresan* a depuis été affectée d'un léger catharre, qui céda facilement à l'usage des antiphlogistiques; en sorte qu'elle quitta l'hôpital le 30 même mois, jouissant d'une parfaite santé.

Observation LV. – *H. Kimpe*, ouvrier, âgé de 26 ans, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 7 Octobre 1828, malade depuis quatre à cinq jours; il se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne dont tous les accès reviennent régulièrement vers cinq heures du soir et commencent par des frissons, suivis bientôt d'un sentiment de froid, auquel se joignent une pesanteur insupportable, ainsi qu'une douleur vive occupant toute l'étendue de l'encéphale et des pulsations aux tempes, qui ne sont pas accompagnées de délire ni d'aucun trouble des sensations externes; les mouvemens des membres sont difficiles et douloureux, mais les muscles conservent leur état normal; il faut encore remarquer que la céphalalgie est plus intense dans la moitié droite de l'encéphale que dans la gauche; en même tems face

rouge, yeux brillans comme vitrés, prononciation lente et difficile, voix affaiblie, respiration normale, soif, langue sèche, rouge, lancéolée et échancrée à ses bords; inappétence, diarrhée, ventre mou et un peu balloné, pouls vif. accéléré et développé; tous ces symptômes restent pendant les trois stadia de l'accés, et les sueurs qui durent fort peu de tems, ne les font pas cesser, seulement ils diminuent et la vivacité du pouls, la sécheresse ainsi que la chaleur de la peau persistent: du reste il y a insomnie et pourtant somnolence, les selles sont retardées. Immédiatement aprés son entrée, on fit une ample saignée au bras de ℥ *xvi*.

8 Octobre. Hier soir l'accès a été moins violent. Le pouls est moins développé, deux selles, du reste même état. (*XII sangsues aux tempes: ptysane oxym.; diète.*)

9. Accès moindre, la céphalalgie, la pesanteur de la tête et les pulsations des tempes sont disparues; la rougeur de la face et l'insomnie persistent; pouls encore vif et fréquent, la prononciation est toujours lente et la voix affaiblie, etc. (*Diète; ptysane oxym.*)

10 – 11. Un peu mieux en tout. L'accès fébrile revient vers cinq heures du soir; du reste face toujours animée, indifférence, présence d'esprit, insomnie, inappétence, position horizontale, état normal des membres supérieurs, pouls vif et tendu, une selle. (*XII sangsues aux tempes; ptysane oxym.*)

12, 13 et 14. Un peu mieux pendant le jour, mais vers le soir tous les symptômes susmentionnés reparaissent au moment de l'accès fébrile; d'ailleurs insomnie, inappétence. On a fait encore deux amples saignées au bras, et depuis ce moment le paroxysme n'est plus reparu, les symptômes énumérés se sont évanouis, et au moyen d'un régime approprié, le malade est entré en pleine convalescence le 26 même mois.

Observation LVI. – *P*...., jeune homme âgé de 19 ans d'une constitution saine et sanguineo-lymphatique, est transporté dans l'hôpital civil de Gand le 17 Janvier 1818. Frappé suivant la direction du diamètre vertical du crâne à la région temporale gauche, par l'aile d'un moulin mû très-rapidement, il offre une plaie considérable dans cette région; le muscle crotaphite gauche est totalement détaché de la surface osseuse à laquelle il adhère, et sa portion supérieure enlevée; de sorte que les os sont laissés à nu sans offrir des traces de fracture; du reste le blessé ne présente aucun symptôme de commotion. On panse la plaie d'après les règles de l'art et l'on renouvelle le pansement tous les jours en incisant les endroits déclives où le pus se porte par sa pesanteur; on prescrit une diète sévère, et l'état général du blessé est assez satisfaisant jusqu'au 21, lorsqu'il commence à se plaindre de céphalalgie, de pulsations des tempes, de pesanteur, ainsi que de lenteur et de difficulté des mouvemens volontaires; la face est rouge, les pupilles dilatées, puis somnolence et pourtant insomnie, pouls fréquent, vif et peu développé, selles rares, inappétence, soif, pyrexie, etc. On insiste sur la diète, la plaie fournit abondamment du pus assez louable, et deux jours plus tard on est encore obligé d'inciser les endroits déclives, pour lui donner issue là où il s'accumule; la situation générale du malade reste ainsi stationnaire jusqu'au 28 même mois; alors se manifeste un accès de fièvre qui paraît être *intermittente* et qui revient tous les jours dans la matinée s'annonçant par des frissons, le froid des extrémités, le tremblement, et finalement par tous les symptômes caractéristiques de cette maladie, qui se termine par des sueurs vers trois heures de l'après-midi; il est à remarquer qu'il n'y a pas d'apyrexie complète, car la céphalalgie, la pesanteur de l'encéphale, ainsi que les pulsations des tempes persistent

malgré la disparition du *prétendu paroxysme fébrile*; seulement ils augmentent en intensité à l'approche de celui-ci. Le retour périodique de la fièvre continue depuis le 28 Janvier jusqu'au 3 Février suivant inclusivement; la plaie suppure bien, le pus est louable, mais tous les symptômes relatifs à l'encéphale notés ci-dessus, persistent; en conséquence on prescrit le Quinquina en substance à la dose d'une demi-once divisée en quatre paquets, on répète cette dose trois jours de suite jusqu'au 5 Février, mais sans succès; bref le malade se plaint d'affaiblissement de la vision, de pyrexie, de douleur pulsative continue et violente à la tête et les facultés intellectuelles s'affaiblissent; insomnie, pupilles dilatées, somnolence, pouls fréquent, plein et dur, érésypèle de la face, le pus est très-liquide, presque séreux, inodore, l'aspect de la plaie pâle; la surface des os dénudés offre une couleur terne; au surplus, soif, selles retardées, langue humide et rougeâtre, inappétence. On fait une ample saignée au bras, on prescrit une diète sévère et les boissons rafraîchissantes.

Le 6 Février. Délire, face pâle, augmentation du diamètre pupillaire, decubitus horizontal, toux sèche, surface de la plaie rouge et enflammée, pus sanieux et fétide, respiration difficile, douleur aiguë à la partie antérieure du sternum, pyrexie, pouls moins développé qu'hier, peau sèche et brûlante, etc. (*Diète; boissons délayantes.*)

Le 7. Même état. En outre hoquet, convulsions des membres supérieurs et inférieurs, etc. Le 8, mort dans les convulsions le matin à dix heures.

Nécropsie le 10 Février.

Tête. Les tégumens extérieurs étant enlevés, on trouve que le pus d'une fétidité insupportable s'est fusé entre le crâne et les tégumens jusqu'au sommet de la tête. En ouvrant le crâne, on rencontre une collection considérable

de pus sanieux entre la dure-mère et la portion supérieure du pariétal gauche; elle occupe l'étendue de $2\frac{1}{2}$ pouces. la lame interne de la dure-mère est gangrenée dans sa portion correspondante au foyer purulent. L'arachnoïde est épaissie dans toute son étendue, la pie-mère est vivement injectée; les substances du cerveau et du cervelet sont intactes.

Poitrine. Les muscles qui entourent cette cavité, sont très-flasques. Les deux cavités de la plèvre sont pleines de matière seroso-purulente, fétide et jaunâtre; le poumon droit adhère à la plèvre, il est gangrené; le gauche adhère à sa plèvre respective, il offre à la face antérieure du lobe inférieur une caverne profonde remplie de matière liquide, grisâtre et très-fétide. Il est aussi gangrené en plusieurs endroits. Le péricarde est plein de serum, il adhère par des fausses membranes à la séreuse du cœur.

Abdomen. Tous les viscères sont intacts, excepté le foie qui adhère au diaphragme par la face convexe et libre de son grand lobe au moyen des fausses membranes.

La LVI[me] observation trouverait, sans le moindre doute, une place plus convenable ailleurs, mais nous avons cru nécessaire de la consigner ici à cause de la ressemblance qu'elle offre avec celles décrites par Morgagni dans l'ouvrage déjà cité (1). Afin qu'on ne nous accuse pas d'avoir ou mal compris ou mal interprêté les écrits de cet illustre auteur, nous allons rapporter textuellement les histoires de ces faits pathologiques remarquables, lesquels serviront, nous osons l'espérer, à confirmer les conséquences que nous pourrons déduire de nos propres observations recueillies au nombre de treize. Voici les faits en question : « Epist. LI. Art. 30. Herbarius quidam » in fronte prope coronalem suturam nonnihil ad lævam

---

(1) De sedibus et causis morborum.

» ferro percutitur ad contundendum aliquanto magis, » quam ad incidendum idoneo. Ab ictu leve animi de- » fectionis initium sentit. Cum se in Nosocomium con- » tulisset paulo ante memoratum, ad undecimum usque » diem non modo nullum infelicis exitûs indicium fuit, » sed omnia felicem portendere videbantur. Verum illo » ipso die vehemens febris, hominem corripit cum rigore » et multæ bilis vomitu ad vesperam iterato. Quæ ad » eumdem modum, quotidie reversa est, donec decimo » quarto ab ictu die et ante proximum plenilunium » quarto, aëre ad austrinam constitutionem vergente, » primum quidem hebes est factus, sic tamen ut interro- » gantibus responderet: paucas autem post horas, dum » se a dextro in sinistrum converteret latus, omnibus » tum internis tum externis orbatus sensibus et difficili » pressus est respiratione; quæ licet postea ad naturalem » accederet, tamen iterum laboriosa rediit; et sic brevi » eodem, quem diximus die mors ingruit. Os frontis, eo » qui indicatus est loco, erat leviter depressum, anterius » tamen demissa squama quæ inæquali et acuminato » margine ad dextram vergebat, duram meningem a » dextris læserat, ut inter ipsam et piam pus stagnaret, » quod a vertice quasi ad basim usque cerebri et ad » cerebelli fines ab dextro eodem latere inundaverat. Pia » autem menynx puri supposita, aliquanto crassior facta » a cerebro facile separabatur; quod ibidem ad cinereum » colorem, ejus de quo dictum est, non absimilem, » inclinabat: porro cerebrum angustiore intra cranium » spatio claudebatur." Epist. VII. Art. 17. « Anus » leviori febre correpta, quam peruviano cortice medicus » pervincere se posse sperabat, hâc non modo non ce- » dente, sed in acutam cum vaniloquio degenerante, » confecta est." Ici suit l'exposé de tout ce qui a été observé dans les viscères de l'abdomen et de la poitrine.

l'auteur termine comme suit : « Cranio tandem exsecto « et cerebro diligenter lustrato, nihil uspiam se mihi « obtulit adnotatione dignum, nisi vasa tenuia meningis « sanguine distenta, et ipsa facillime, undecumque velles, « trahentis digitos sequens; ut tametsi aquam vix ullam « viderim, non prorsus tamen defuisse vel ex hoc indicio « conjecerim." (Epist. LI. Art. 2.) « Vir ad sexuagesimum accedens annum, baculi ictum excipit paulo supra extremam frontis et sinistri temporis partem, nullo tunc, aut proximis diebus, apparente symptomate; ut ipse per se quotidie ad Bononiense S. Mariæ de Vita Nosocomium veniret, ubi vulneri cutaneo prorsus, et nullius momenti credito, consueta remedia adhiberentur. Quin etiam per eosdem quatuor aut quinque dies in foro perstitit castaneas vendens, ut solebat, præfrigida tempestate. Sexto autem circiter die deterius fit vulnus, febrisque cum frigore et rigore invadit; quæ ad eumdem modum quotidie recurrens, nullo alio accedente symptomate, quam levi sauciatæ partis gangræna, sensim hominem confecit. Cadaver contractum erat, a frigida ut videbatur aëris constitutione. E vulnere saniei nonnihil inter extremum marginem musculi temporalis et os descenderat. Gangrena autem erosione sua vulnus ad amplitudinem monetæ, quæ scutum romanum dicitur, dilataverat: ibique os nudum in conspectum veniebat. Exsecto cranio, ne diligentiori quidem instituta perquisitione, ullum potuit læsionis indicium in eo osse animadverti. Meninges tamen eo toto spatio, quo os ipsum detectum fuerat, et saniosæ et aliquanto crassiores inventæ sunt. Subjectum his cerebrum levem quidem, sed tamen evidentem læsionem contraxerat, etc."

Pinel, dans son ouvrage de la médecine clinique (1),

---

(1) Ouvrage déjà cité, page 91.

section : *Fièvres ataxiques*, plus loin, *Phlegmasie des membranes séreuses*, rapporte un cas d'encéphalite (1) (arachnoïdite) où la maladie a offert une marche analogue à celle que nous avons déjà indiquée et démontrée par des observations qui nous sont propres : il en est de même de l'arachnitis spinale ; Morgagni (2) cite un autre fait à l'appui de ce que nous avons avancé plus haut. En outre si l'on consulte l'ouvrage d'Ollivier d'Auger (3), où la phlegmasie aiguë de l'arachnoïde spinale se trouve décrite, cet auteur rapporte trois observations qui prouvent le retour périodique et fébrile des symptômes à une certaine époque de la journée ; en sorte qu'il regarde l'intermittence complète de ces mêmes symptômes (4), comme un signe diagnostique de l'affection dont il nous a laissé l'histoire ; néanmoins ne nous arrêtons pas encore ici, et tâchons d'accumuler autant de preuves que possible, basées tant sur l'anatomie pathologique que sur la clinique médicale. En premier lieu, presque toutes les phlegmasies aiguës de membranes séreuses débutent par tous les signes qui annoncent un violent accés de fièvre intermittente, laquelle se change en pyrexie, et offre seulement des exacerbations et des remissions dans un assez grand nombre de cas. En outre, dans l'ouvrage de Pinel déjà cité (5), on trouve détaillés avec beaucoup de soin des faits qui démontrent que la pleurésie ainsi que la péritonite présentent quelquefois la marche ci-dessus indiquée. A toutes ces données nous osons encore ajouter qu'il nous est souvent arrivé de traiter des pleurésies chroniques offrant de tems en

(1) Pag. 151.

(2) Epist. IV., art. 9.

(3) Traité de la moëlle épinière et de ses maladies. Paris, 1827. in-8. 2e vol. pag. 564 et suiv.

(4) Observat. 69, 70 et 71. pag. 565, ouvrage cité.

(5) Médecine clinique, pag. 153, 157, 169-171.

tems les phénomènes périodiques du paroxysme fébrile, tels que les frissons, le tremblement général, le sentiment de froid aux extrémités, etc., que nous avons vainement tenté de rompre cette périodicité par l'usage du fébrifuge péruvien et que toujours la phlegmasie s'est exaspérée, au point de nous forcer à revenir aux antiphlogistiques, pour combattre la violence des symptômes locaux et la pyrexie. D'ailleurs ces mêmes malades accusent quelquefois un sentiment intérieur de froid qui revient périodiquement, tantôt le matin, tantôt l'après-midi, et disparaît après deux heures, pour reparaître de la même manière le jour suivant.

Par conséquent, appuyés sur les observations de nos dévanciers et sur celles que nous avons recueillies nous mêmes, nous croyons pouvoir avancer sans craindre d'être taxés de légèreté, *qu'il y a des phlegmasies aiguës du système séreux, lesquelles affectent quelquefois la forme périodique des fièvres intermittentes: et que parmi celles-là l'arachnoïdite aiguë offre, pendant son cours, plus souvent que les inflammations des autres séreuses, la périodicité dont il s'agit.*

Cette conséquence qui nous paraît rigoureusement déduite des faits, trouvera encore un nouvel appui dans les observations que nous rapporterons plus bas relativement à la complication de l'arachnitis aiguë avec d'autres phlegmasies des séreuses et des muqueuses, soit qu'elles lui succèdent ou qu'elles se manifestent d'une manière très-insidieuse, pendant le cours de celle-là; elle peut à son tour éclater brusquement, lorsqu'une nouvelle cause, capable de la produire, attaque les malheureux déjà atteints d'inflammation viscérale.

Nous devons encore à la vérité de dire que nous ne partageons aucunement l'opinion de quelques médecins célèbres, d'après laquelle les fièvres intermittentes pures

sont des phlegmasies de l'estomac; cette opinion, à ce qu'il nous semble, n'est pas conforme à l'observation, mais comme ce n'est pas encore le moment de traiter une question aussi délicate, nous tâcherons dans une autre partie de ce traité, de confirmer la théorie que nous professons à l'égard de ces mêmes fièvres, par des observations nouvelles que nous avons recueillies dans une circonstance très-opportune, où nous avons été à même de recueillir des faits qui, à nos yeux, suffisent pour établir solidement notre manière de voir. Quoiqu'il en soit, ne perdons pas de vue ce que nous montrent les observations XLIV et XLVI, où nos revers prouvent à l'évidence que quand le médecin se trompe sur la nature de ces prétendus *paroxysmes fébriles*, et prescrit le Sulfate de Kinine pour les rompre, la maladie s'exaspère, et son issue est funeste au bout de quelques jours. — La XLVme observation confirme encore ce que nous avons déjà avancé dans la section précédente, que comme l'engorgement sanguin aigu la phlegmasie de l'arachnoïde peut offrir des degrés variables d'intensité dans l'une ou l'autre portion de cette enveloppe cérébrale.

SECTION CINQUIEME.

Comme la maladie a fixé son siége dans l'enveloppe séreuse de la portion centrale du système nerveux qui préside aux opérations intellectuelles et en partie aux mouvemens volontaires; que cette portion centrale elle-même se ressent toujours plus ou moins de l'état inflammatoire de l'enveloppe affectée; qu'ainsi les facultés intellectuelles, les sensations externes et les mouvemens volontaires s'écartent de l'état normal; nous devons

hercher dans l'aberration même des fonctions de l'en-
éphale les signes caractéristiques de la phlegmasie de
arachnoïde; or comme nous allons voir, leur importance
iagnostique varie d'après les progrés que la maladie a
aits, le tems déjà écoulé depuis le moment de son in-
asion, et peut-être aussi d'après la nature de la cause qui
contribué à la produire. Nous commencerons donc par la
éphalalgie continue, intense et accompagnée d'élance-
iens subits qui reviennent à des intervalles plus ou
noins éloignés les uns des autres, de pulsations des
empes, ainsi que de pesanteur perçue, comme la cé-
halalgie, dans toute l'étendue de l'encéphale. Ces trois
gnes réunis et accusés par le malade dès le début de sa
aladie, sont de la plus haute importance sous le rap-
ort du *diagnosis*, parce que la phlegmasie en question
annonce presque toujours par la perception douloureuse
es symptômes susdits: il est cependant bon d'observer
u'ils offrent beaucoup de variation sous le rapport de
ur étendue et de leur intensité, ainsi que de la rapidité
rec laquelle ils arrivent à leur point culminant, comme
prouvent déjà les observations rapportées plus haut
ans la première section. Ajoutons à cela que lorsque
rachnoïdite aiguë est parvenue à ce degré de violence
ue les facultés intellectuelles se troublent, l'importance
agnostique des signes indiqués ci-dessus perd une grande
artie de sa valeur, parce que la perception étant mo-
entanément faible ou erronée, le malade n'a plus ni
sentiment de son existence, ni la conscience de sa
ouleur, et ses aveux négatifs à l'égard des perceptions
ouloureuses, peuvent seulement prouver l'intensité de
nflammation. Des trois signes énumérés le plus constant
le plus long-tems perçu suivant notre observation,
t la pesanteur de tête. N'oublions pas non plus que les
unes sujets (de 8 à 12 ans) ne savent pas toujours

rendre compte d'une manière précise de leur état aux parens ou au médecin qui les interrogent, parce qu'ils ignorent presque toujours la valeur des expressions employées, que souvent leurs réponses sont variables et contradictoires à cause de la peur que la présence d'un étranger inspire encore à cet âge, sans que pour cela on soit fondé à présumer que les facultés intellectuelles ne soient pas intactes. La nature des causes efficientes peut aussi influer sur les symptômes diagnostiques énumérés ci-dessus, et sur-tout à l'égard de leur manifestation plus ou moins prompte; ainsi chez les adultes l'abus excessif des spiritueux continué pendant quelques jours, l'exposition à un froid vif lorsque le corps est inondé par la sueur, les lésions méchaniques, telles que commotions, plaies pénétrantes ou non pénétrantes du crâne, favorisent singulièrement l'apparition subite et presqu'instantanée de la céphalalgie et des autres signes qui l'accompagnent. Chez les jeunes sujets la terreur continue, l'abus des narcotiques, la répercussion subite de certaines phlegmasies éruptives telles que la rougeole, la fièvre scarlatine, etc., produisent également les effets que nous venons de signaler.

Sous le rapport de l'importance diagnostique, le trouble des facultés intellectuelles indiqué par les signes qui l'annoncent, mérite d'être placé à-peu-près sur le même rang que la céphalalgie et les symptômes qui l'accompagnent, car le délire offre une constance remarquable comparativement à quelques autres symptômes idiopathiques de l'arachnoïdite aiguë; néanmoins il est important d'en distinguer ses diverses nuances et ses modes divers de manifestation. Lorsque l'invasion de la phlegmasie était brusque, et celle-ci violente dès le commencement, nous avons presque toujours vu qu'il était furieux accompagné de gestes et de paroles ménaçantes, de cris,

de vociférations: dans d'autres cas il était gai, le malade chantait, riait aux éclats, s'échappait de son lit, etc. Lorsqu'au contraire l'inflammation marche lentement, qu'avant d'arriver au plus haut degré, elle a, pour ainsi dire, parcouru toutes les phases des congestions sanguines aiguës, le délire est tranquille, les réponses du malade sont brusques, incohérentes, brèves, monosyllabiques; il aime à répéter certains mots, certaines phrases que souvent il n'achève pas; il a l'air étonné, indifférent, ne répond pas, murmure entre les dents quelques phrases qu'on ne peut pas comprendre; il prétend qu'il se porte bien, qu'il ne sent aucune douleur nulle part, garde un silence opiniâtre, qui chez les jeunes sujets sur-tout, est bientôt interrompu par des cris perçans, bientôt après il s'assoupit, il n'est rétiré de cet état de stupeur que par des questions proposées à haute voix, et dont les phrases sont prononcées d'une manière très-distincte. Chez quelques malades le délire offre des intervalles lucides qui disparaissent vers le soir, chez d'autres il est continu, ou bien on remarque un état de stupeur constante qui ôte au patient toute espèce de perception, de sorte qu'il reste couché comme un être stupéfié sans mouvement et presque sans vie.

Lorsque la maladie attaque des sujets encore jeunes, (8 – 12 ans), le délire est presque toujours accompagné d'un sentiment de crainte, de terreur ou d'inquiétude; ils refusent toute espèce de boissons et d'alimens; le trouble de l'intelligence chez ceux-ci comme chez les adultes est souvent précédé de morosité, de mélancholie, de pleurs, ou bien d'un changement remarquable dans les mœurs et le caractère de l'individu.

Il est très-difficile d'indiquer au juste l'époque à partir de laquelle le trouble des facultés intellectuelles se manifeste; à cet égard nous pouvons assurer d'après notre

observation qu'elle tombe entre le 7 et 12 jour; certes la violence des causes efficientes ainsi que la prédisposition doivent être mises ici en ligne de compte pour bien établir ce point de doctrine, car plusieurs fois nous l'avons vu se manifester presqu'au début de l'inflammation et marcher de pair avec la céphalalgie, etc.

Ainsi le trouble des facultés intellectuelles est un signe diagnostique de la plus haute importance dans l'arachnoïdite aiguë, car après une certaine époque les autres criteria précédemment indiqués n'existent plus, ou sont nuls pour celui qui est appelé à reconnaître le siége de cette terrible affection. Quant aux vertiges, au tintement, au bourdonnement des oreilles, ces symptômes sont trop inconstans et trop irréguliers pour pouvoir être pris en considération.

Après le trouble des facultés intellectuelles, les dérangemens observés dans les mouvemens musculaires soumis à l'action de la volonté méritent sous le rapport de l'importance diagnostique, de fixer l'attention du médecin; ce sont: la rigidité ou contracture, les convulsions ainsi que la paralysie; elles peuvent être locales ou générales: la rigidité locale est beaucoup plus fréquente que la générale, on l'observe le plus souvent aux muscles postérieurs ou latéraux du cou; dans ce dernier cas, la tête est inclinée vers l'épaule correspondante au côté où la rigidité a lieu; celle-ci affecte très-souvent les membres supérieurs, plus rarement les inférieurs; ne pourrait-on pas attribuer à la même cause, à la vérité moins intense, l'affaiblissement graduel, le changement et l'extinction de la voix? La difficulté, la lenteur, l'impossibilité même de prononcer les mots qui servent à exprimer la pensée, ne sont-elles pas les effets purs et simples d'un certain degré de rigidité qu'éprouvent les organes musculaires qui concourent à produire ces phénomènes physiologi-

ques dans l'état de santé ? A une époque plus avancée de cette terrible phlegmasie, le trismus, le tremblement convulsif de la langue que le malade porte avec beaucoup de peine jusqu'au bord alvéolaire des mâchoires, sont suivant nous des phénomènes qui ne diffèrent des premiers que par les divers degrés d'intensité; quoiqu'il en soit, la déglutition pharyngienne nous a toujours paru intacte, lors même qu'on était obligé d'écarter forcément et les lèvres et les mâchoires pour introduire des boissons ou des médicamens dans l'estomac. Nous pensons d'ailleurs que, vu la constance des phénomènes morbides de la voix et de la prononciation, ils peuvent être considérés comme des signes d'une grande valeur et très-propres à établir le diagnosis de l'arachnoïdite aiguë.

On remarque encore les contractures aux membres inférieurs; quelquefois les muscles fléchisseurs seuls en sont atteints; d'où l'on observe ces flexions permanentes des jambes sur les cuisses et de celles-ci sur le bassin; les cuisses sont en même tems très-écartées. Une observation que nous avons souvent faite à cet égard, c'est que le membre rigide soulevé présentait un poids considérable et presque double de celui qu'on observe dans l'état normal; dans d'autres cas lorsqu'en voulant soulever un membre étendu ou fléchi, nous tâchions en même tems de changer l'un ou l'autre de ces états, chaque fois nous éprouvions une forte résistance accompagnée d'un mouvement brusque de rétraction fait en sens contraire, après lequel le membre abandonné à lui-même reprenait son état primitif. Il n'est pas rare de voir la rigidité affecter simultanément les extenseurs des membres supérieurs et inférieurs; alors le decubitus est plumbeus, c'est-à-dire que le corps du malade reste couché comme une masse lourde et inerte; ce signe qui s'annonce dès le début de l'arachnoïdite aiguë par la

position horizontale sur le dos, la lenteur et la douleur des mouvemens des membres, est de la plus haute importance pour reconnaître cette maladie.

Le tronc est quelquefois aussi le siége de la rigidité, qui alors s'observe à l'épine du dos; d'autres médecins (1) ont très-rarement vu ce phénomène dans les muscles abdominaux; si elle occupe ceux de l'épine dorsale, elle contribue singulièrement à produire la position horizontale forcée du malade, que nous venons de signaler.

La rigidité générale s'observe aussi au plus haut degré de l'arachnoïdite aiguë; alors le corps du patient est courbé en arc; roide et tendu comme une corde, on peut le soulever tout d'une pièce comme une poutre; aussi après la mort on trouve que la phlegmasie ne s'est pas bornée à l'enveloppe séreuse de l'encéphale, mais qu'elle s'est étendue jusqu'à celle de la moëlle épinière, comme le prouvent quelques observations citées plus haut. Une autre réflexion qui trouve sa place ici, c'est que quand l'arachnoïdite est sécondaire ou compliquée de phlegmasie des muqueuses ou d'autres séreuses, ce signe offre moins de constance et moins d'intensité; comme le prouvent les observations que nous rapporterons plus bas.

Et malgré tout ce que nous venons de dire, relativement à la contracture partielle ou générale si fréquente dans l'inflammation de l'enveloppe séreuse de l'encéphale, il n'est pas rare de voir le malade quitter brusquement son lit, s'élancer sur les assistans, gesticuler, crier, chanter, vociférer, pousser des cris perçans, se promener, éviter même les obstacles; mais ces phénomènes sont toujours liés au délire furieux qui prend ce caractère

---

(1) Parent, — Duchatelet et Martinet, recherches sur l'inflammation de l'arachnoide. Paris, 1825. in-8. pag. 59.

chaque fois que l'invasion de la maladie est, pour ainsi dire, instantanée, et qu'elle arrive très-rapidement à son plus haut degré; ces dernières circonstances sont souvent subordonnées, au moins en partie, à la constitution du sujet ainsi qu'à la nature et la violence de la cause développante.

Des contractures ou contractions musculaires fixes nous passons aux convulsions, qui, sous le rapport de leur étendue suivent la même division que les premières. Dans l'inflammation qui nous a occupé jusqu'ici, elles sont moins fréquentes que la rigidité; néanmoins quand elles ont été précédées de chagrins cuisans, de crainte, ou de terreur, on les observe plutôt chez les jeunes sujets, chez les femmes et les hommes sensibles. Aussi lorsque chez les uns et les autres elles succèdent à la répercussion subite d'une phlegmasie de l'enveloppe dermoïde, que celle-ci soit phlegmoneuse ou non, l'arachnoïdite aiguë, dont elles ne sont que l'effet immédiat, se développe instantanément (1). Il nous semble que sous le rapport du diagnostic, les convulsions générales ou partielles offrent moins d'importance que les contractures. Quelquefois nous les avons vues survenir à l'approche du terme fatal.

Quant à la paralysie de sentiment ou de mouvement, ou bien de ces facultés ensemble (2), bornée à un membre, ou s'étendant à plusieurs membres à la fois, nous n'avons aucune donnée positive; car, dans nos observations, nous l'avons toujours rencontrée quelque tems avant la mort; alors elle annonce qu'un épanchement mortel a lieu.

Ce que nous avons remarqué au sujet de l'époque de la maladie à laquelle le délire se manifeste, nous devons

(1) V. Parent-Duchatelet et Martinet; ouvrage cité, p. 58.
(2) Idem, p. 60.

le répéter sur-tout relativement à la rigidité, ou aux convulsions des membres. Ces symptômes, à ce qu'il nous semble, coïncident presque toujours avec le trouble des facultés intellectuelles, ordinairement précédé par la lenteur, la difficulté et la douleur des mouvemens musculaires, que les malades accusent dans les extrémités supérieures ou inférieures, ou dans toutes à la fois; elles succèdent alors comme effet plus violent de la phlegmasie, quand celle-ci affecte une marche lente; si au contraire sa marche est rapide, leur manifestation est aussi instantanée qu'elle, et il est impossible d'assigner au juste le moment de leur apparition.

Après les mouvemens musculaires soumis à la volonté, suivent les sensations externes et la physionomie du malade. En premier lieu, les changemens morbides qu'éprouvent quelques-uns des organes qui exercent ces sensations, sont assez remarquables et assez constans pour mériter l'attention des praticiens: ainsi les organes de la vue présentent dès l'invasion de l'arachnitis aiguë les mutations suivantes: la cornée transparente offre un brillant, une transparence morbide tout-à-fait singulière et bien différente de l'état normal; sa couleur naturelle change rarement d'après notre observation; suivant celle d'autres médecins (1), elle devient fréquemment rouge et injectée. Les diamètres pupillaires augmentent en étendue, leur diminution est bien moins fréquente, ce qui se remarque plutôt chez les jeunes sujets quand la phlegmasie éclate à la suite de la terreur ou d'une violente commotion. Parfois les pupilles offrent une diminution et un accroissement alternatifs pendant un laps de tems variable (2). Les globes oculaires roulent dans leurs orbites, où d'autrefois ils restent immobiles. Ces

(1) Parent-Duchatelet et Martinet; ouvrage cité, p. 48.
(2) Idem, p. 49.

derniers phénomènes morbides ainsi que leur succession apparaissent plutôt chez les jeunes sujets de l'un et de l'autre sexe et chez les femmes adultes.

Le strabisme divergent et ses diverses nuances viennent aussi se joindre aux signes déjà énumérés, et sous le rapport du diagnostic il offre une grande importance; car c'est en partie à cette espèce de strabisme, qu'on peut attribuer le regard hébété facile à observer quand l'inflammation a fait de grands progrès dans le tissu de l'arachnoïde. Du reste n'oublions pas que les symptômes décrits et ceux qué nous allons ajouter, présentent, quant à l'ensemble de leur apparition, des rapports que l'observateur le plus habile ne peut pas toujours saisir. A l'*acme* de la maladie, il nous a semblé que la vision était toujours complètement suspendue. Les paupières sont tantôt affectées des deux côtés à la fois, tantôt les mutations pathologiques qu'on y observe par rapport à l'arachnitis, se bornent à celles d'un côté seulement. Dans les deux cas elles sont fermées, ou agglutinées ensemble par une matière puriforme, que sécrètent les glandes tarsiennes; plus souvent elles restent entr'ouvertes et sont rougeâtres; on y voit quelques mouvemens de clignotement qui, selon nous, sont purement automatiques. Au début et vers le plus haut degré de la maladie, nous avons quelquefois observé un larmoyement très-abondant et très-incommode.

La surdité arrive assez souvent au milieu du cours de cette terrible affection; au premier moment de l'invasion de celle-ci, ou bien lorsqu'elle ne dépasse pas encore le terme de congestion sanguine aiguë, l'audition est obtuse seulement d'un côté, et sur-tout chez les malades qui, à des époques antérieures, étaient sujets au suintement muqueux de l'une ou de l'autre oreille; si l'issue doit être funeste, la surdité persiste jusqu'à

la mort. Son importance diagnostique nous paraît être beaucoup moindre que celle du trouble analogue de la vision. Quant au goût, comme les aberrations qu'il offre sont trop inconstantes et communes à beaucoup d'autres affections inflammatoires, leur valeur comme signe est tout-à-fait nulle, au moins dans les cas d'arachnoïdite aiguë simple et primitive.

Nous terminons ici la discussion sur l'importance diagnostique des signes qui sont en relation directe avec le siége de la phlegmasie; mais nous devons ajouter encore quelques mots sur le facies, ou, pour mieux dire, sur la physionomie du malade, dont les altérations plus ou moins constantes, fournissent des moyens pour découvrir ce point important; ce qui n'est pas étonnant, lorsqu'on considère la connexion intime qui existe, sous le rapport de la structure et des fonctions intellectuelles, entre la face et l'encéphale; les altérations de la physionomie se réduisent aux suivantes: le regard du malade est hébété, étonné, indifférent et insignifiant, si la phlegmasie marche avec plus ou moins de lenteur; il est menaçant, égaré et furieux, quand se développant presqu'instantanément elle suit une marche aiguë comme il a été dit plusieurs fois: chez les adolescents la physionomie présente, dans certains cas, un air de souffrance et de tristesse inexprimable; chez d'autres la face est convulsée de manière que la peau offre une espéce de tension qui fait ressortir davantage les éminences pommettes; chez d'autres encore elle est terrifiée, comme chez les femmes et les jeunes sujets, quand la terreur, la crainte ou des chagrins cuisans ont agi comme cause efficiente, et semblent avoir gravé des traces de leur passage sur la physionomie de l'individu dont ils ont long-tems troublé la paix et le bonheur.

Une autre altération de la face qui se rapporte à cet

ordre de signes, est la coloration plus ou moins vive, ou la pâleur; celle-ci est généralement plus rare que la première, et comme signe elle offre peu de valeur; néanmoins il est bon de ne pas s'y laisser tromper quand les autres criteria existent. La teinte rouge de la face est assez constante comme le prouvent les observations cliniques précédentes ainsi que celles que rapportent les auteurs; néanmoins elle présente à certains égards des variations qui méritent d'être notées. Quelquefois la face offre une couleur rouge vineuse uniformément répandue, ou bien elle est rosacée, diffuse et pour ainsi dire transparente; chez quelques malades ce teint animé est borné aux joues, ou à l'une d'elles seulement; il forme alors des zônes circulaires dont l'intensité est sujette à varier pendant le jour, mais laquelle augmente toujours vers le soir. Cette observation s'applique particulièrement aux femmes et aux jeunes sujets. Du reste comme la coloration de la face est commune à d'autres inflammations, nous pensons que son importance diagnostique est très-restreinte.

Il n'en est pas de même de l'assoupissement, de la somnolence et de l'insomnie; car quoique le concours de ces signes semble impliquer contradiction, nous les avons fréquemment observés au début de l'arachnoïdite aiguë ou bien au milieu de son cours: par conséquent ce sont des signes d'une assez grande valeur. Quant à l'état comateux continu, nous pensons qu'il annonce toujours un épanchement séreux mortel soit entre les feuillets de l'arachnoïde, soit dans les cavités encéphaliques, soit enfin à la base du crâne.

Comme dans un grand nombre d'autres maladies inflammatoires, la circulation du sang offre des aberrations dans l'inflammation de l'arachnoïde; malheureusement ces aberrations considérées commes signes diagnostiques

ne sont que d'une faible valeur tant à cause de leur inconstance, qu'à cause de la variation qu'elles présentent chez les divers sujets malades; *pulsus igitur, si unquam, hic signum fallax.* Quoiqu'il en soit, il n'est pas inutile d'observer qu'au commencement, la maladie n'offrant encore que les symptômes de congestion sanguine aiguë, le pouls s'écarte fort peu de l'état normal; quelquefois il se ralentit tout en se développant; cette lenteur accompagnée de développement, se remarque aussi, dans certains cas, lorsque la phlegmasie a atteint son apogée. Il est souvent dur, concentré, accéléré, vif et intermittent. Lorsque la résolution se fait, il devient mou, fréquent et faible; faible et lent ou bien très-fréquent, si le terme fatal n'est pas éloigné: celui-ci est quelquefois précédé d'une lenteur subite dans les pulsations artérielles. Il ne faut pas oublier que les pulsations vives et fortes des carotides externes ne sont pas insignifiantes comme criteria des maladies de l'encéphale.

Les troubles de la respiration suivent à-peu-près la même marche que ceux de la circulation; néanmoins nous croyons, d'après notre observation, devoir ajouter que la respiration devient fréquente, incomplète, lente, profonde, sifflante à-peu-près à la même époque où les facultés intellectuelles sont déjà profondément atteintes; car il n'est pas rare de voir alors les malades plongés dans un état de stupeur, ou agités par un délire furieux, l'air égaré et souffrant, respirer avec gêne, et avec tant de lenteur qu'on peut difficilement suivre les mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement des parois thoraciques; quelquefois ils se plaignent en gémissant d'une anxiété pectorale très-incommode quoique très-confusément perçue. Chez les enfans elle est presque toujours accélérée et reste telle jusqu'à la mort; quelques jours avant ce moment terrible, elle devient sifflante.

Les fonctions digestives éprouvent aussi des altérations morbides dans la phlegmasie aiguë de la séreuse encéphalique; mais les signes qui les décèlent sont à-peu-près les mêmes que ceux qu'on observe dans beaucoup d'autres maladies inflammatoires. La langue est sèche, humide, blanchâtre, rouge, lancéolée, dilatée, etc.; ses mouvemens vers les lèvres sont lents, impossibles; il y a soif, inappétence, saveur amère, vomissement de matière bilieuse, etc.; mais sauf les complications qui précèdent ou suivent le développement de la maladie, les signes que nous fournissent les divers changemens survenus dans le canal digestif, sont trop variables, au moins en partie, pour qu'on puisse baser sur eux, le diagnostic dont nous nous sommes occupé jusqu'ici. Dans un grand nombre de cas, soit au début, soit à l'*acme* de l'inflammation, on observe que la défécation est retardée, lente et pénible, et passe même en constipation opiniâtre; les urines sont rouges, limpides, aqueuses, brunâtres, sédimenteuses, etc. Lorsque l'épanchement séreux ou puriforme commence à se former et que se manifeste l'expulsion involontaire des fæces et des urines; ces dernières communiquent aux literies, sur lesquelles le malade est couché, une odeur de souris qui peut-être est dûe à la décomposition de cette humeur.

Enfin, quant à la peau, sa température est brûlante et sur-tout au front; elle est sèche au milieu du cours de l'arachnitis aiguë: vers la fin, soit que la maladie passe en résolution, soit que le malade succombe, elle s'húmecte; dans le premier cas, de sueurs profuses, uniformes et bienfaisantes; dans le second, de sueurs visqueuses, collantes et fétides, qui s'accumulent en grosses gouttes sur la face et particulièrement sur le front du mourant.

SECTION SIXIEME.

Considérée dans ses rapports avec d'autres inflammations, avec lesquelles elle peut se combiner, auxquelles elle succède et devient par conséquent secondaire, l'arachnoïdite aiguë présente une marche qui mérite au plus haut degré l'attention du médecin, dont le comble de l'art est de distinguer avec sûreté le siège de deux ou plusieurs affections coëxistentes. La complication de symptômes que ces affections offrent en pareil cas, reclame toute sa perspicacité et toute sa sollicitude. S'il se trompe dans la première appréciation qu'il fait de la maladie, il perd en tâtonnant des momens précieux, et le moindre mal qui puisse résulter de son erreur, c'est un long retard apporté à la guérison du malade. Nous allons encore abandonner à l'observation clinique le soin d'éclaircir une des questions les plus délicates de la théorie médicale moderne.

La phlegmasie aiguë de l'arachnoïde cérébrale peut se compliquer 1° de fièvre intermittente quotidienne, 2° de gastro-entérite aiguë, 3° d'inflammation aiguë d'autres portions du système séreux, c'est-à-dire, du feuillet interne du péricarde, de la plèvre, du péritoine, ou finalement de la phlegmasie de toutes ces portions simultanément. Les observations suivantes mettront cette proposition en évidence.

Observation LVII. – *L. Gravier*, âgé de 24 ans, fileur de coton, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 4 Juin 1828, malade depuis huit jours; il se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne qui, s'étant manifestée au commencement

de la maladie, se change aujourd'hui en continue remittente à mesure que l'arachnoïdite se développe et se décèle par les symptômes suivans : céphalalgie violente occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, vertiges, pesanteur, facultés intellectuelles obtuses et troublées, indifférence, stupeur, somnolence; le malade semble se reveiller quand on lui adresse la parole, ses réponses sont justes, mais un moment aprés il retombe dans le même état; voix presqu'éteinte, prononciation très-lente, face rouge, chaleur brûlante au front, regard hébété, yeux brillans, pupilles dilatées, cornée transparente, brillante et rougeàtre, decubitus plumbeus, extrémités supérieures rigides, toutes les extrémités agitées de mouvemens convulsifs qui reviennent par intervalles de cinq à six minutes; inappétence, soif vive, bouche amère, fréquentes nausées, langue normale, respiration fréquente, profonde et incomplète, pouls vif, petit et contracté, selles rares, peau sèche et brûlante, urine rouge et claire.

5 Juin. (*Sangsues n° XII aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure : diète; ptysane oxym.*)

6. Un peu mieux. Les principaux symptômes relatifs à l'encéphale sont diminués, mais persistent encore; pyrexie, insomnie, une selle, sueurs profuses, etc. (*On donne par erreur un vomitif composé d'un demi gros de racine d'Ypécacuanha en poudre.*)

7. Le malade a peu vomi, il a eu deux déjections alvines abondantes et trés-liquides; les symptômes locaux relatifs à l'arachnoïdite, sont augmentés en intensité; le pouls est devenu vif, accéléré et développé, les facultés intellectuelles sont plus troublées qu'hier; réponses incohérentes, insomnie, decubitus plumbeus, rigidité des membres supérieurs, pyrexie, mouvemens convulsifs de toutes les extrémités plus violens, etc. (*Saignée de ℥ xv onces au bras; diète; ptysane oxym.; mixt. antiphl.*)

8 Juin. Amélioration sensible; présence d'esprit, face composée et pâle, prononciation claire, un peu lente, mais facile; voix presque naturelle, les mouvemens convulsifs de tous les membres et la rigidité des thoraciques sont disparus; absence totale de vertiges, de nausées, de pulsations des tempes, de céphalalgie et de pesanteur; sommeil de cinq heures, peau moite et naturelle, pouls mou et fréquent, respiration facile, entière et légère; mouvemens volontaires indolores, peu de soif, inappétence, selles retardées, etc. (*Diète: ptysane oxym.; mixt. antiphl.*)

9. L'amélioration se soutient; les selles sont retardées, sommeil bienfaisant, tête libre, pouls mou et fréquent, appétit nul, mouvemens volontaires indolores, prononciation et voix normales, etc. (*Aq. font.* ℥ *iv*, *Mannæ elect.* ℥ *is*, *Sal Glaub.* ℥ *s*, *Mell. dispum.* ℥ *i*; *M. toutes les heures une cuillère à soupe; diète; ptysane oxym.*)

10. De mieux en mieux. Paroxysme fébrile nettement tracé à midi, quatre selles liquides, l'appétit se fait sentir, plus de soif, etc. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

11. Retour de l'accès fébrile à midi, il a duré jusqu'à trois heures de relevée; pendant l'apyrexie, le malade se sent bien portant, l'appétit se prononce, etc. (*Idem.*)

12. Retour du paroxysme comme hier, il a duré aussi longtems, etc. (*Idem. R. Pulv. Sulf. Kin. gr. xx, Sacch. alb.* ℥ *i. M. f. dos. n° iv. à prendre depuis huit heures du matin jusqu'à midi.*

13. Apyrexie complète, appétit vif, selles naturelles, pouls lent et faible, etc. (*On répète la même dose du fébrifuge; on donnera aujourd'hui deux paquets dans le même intervalle.*)

14. Idem. (*Soupe grasse: ptysane oxym.*)

15, 16 et 17. On a continué l'usage du fébrifuge pendant trois jours de suite à raison de six grains par jour.

Le malade est entré en pleine convalescence le 24 Juin suivant.

Observation LVIII. – *Pauline Mestdag*, servante, âgée de 18 ans, bien réglée, d'une constitution sanguine et assez forte, entre dans l'hôpital civil de Gand le 18 Juillet 1828, malade depuis huit jours; elle est atteinte d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès reviennent périodiquement tous les soirs à des heures très-variables, et disparaissent par des sueurs profuses; cependant malgré la cessation des paroxysmes, elle accuse les symptômes suivans qui ont existé dès l'invasion de la fièvre, et se sont successivement accrus: céphalalgie violente occupant toute l'étendue de la tête et particulièrement le front ainsi que les orbites, pulsations des tempes, douleurs lancinantes au côté gauche de l'encéphale, stupeur générale, facultés intellectuelles troublées sans délire continu, confusion dans les idées, surdité; les autres sensations sont plus ou moins obtuses, mouvemens des membres impossibles, rigidité des supérieurs, tête un peu renversée en arrière; elle ne peut la tenir pendant cinq à six minutes dans la même position; mouvemens des membres inférieurs douloureux et très-bornés, decubitus plumbens, face rouge sur-tout à la joue droite dont la teinte est plus foncée et offre une couleur de vin rouge; chaleur brûlante au front, pupilles dilatées, cornée transparente brillante et rougeâtre, aphonie, prononciation très-difficile; la malade articule avec lenteur ses réponses, qui s'appliquent assez bien aux questions qu'on lui adresse, elle ouvre à peine la bouche; regard hébété et indifférent, respiration fréquente, profonde et incomplète, pouls plein, vif et tendu, soif vive, langue sèche et blanchâtre, inappétence, selles libres, urines rouges et claires, peau sèche et brûlante.

Les parens déclarent qu'à mesure que les symptômes enumérés ci-dessus augmentent en intensité, la durée du paroxysme fébrile s'abrège. La malade se plaint en outre de douleur lancinante au côté gauche de la poitrine, le ventre est mou et indolore.

18 Juillet, jour de l'entrée, vers l'après-diner tous les symptômes relatifs à l'arachnitis et principalement la céphalalgie, la pesanteur, les pulsations des tempes, la somnolence ainsi que la rigidité des membres supérieurs sont diminués; pouls vif, fréquent et plus développé, insomnie, paroxysme fébrile à cinq heures du soir, terminé vers minuit par des sueurs profuses; les autres symptômes persistent. (*Saignée au bras de xx onces; diète; mixt. antiphl.; ptysane oxym.; lavement.*)

19. La céphalalgie est plus violente qu'hier, délire continu, cris continuels pendant toute la journée, vociférations, insomnie; une selle, peau sèche et brûlante, decubitus plumbeus, tête renversée en arrière, rigidité des membres supérieurs, pouls moins vif, moins développé et regulier, du reste même état qu'hier, le paroxysme n'est pas revenu. (*Artériotomie des temporales ℥ xviij: diète; mixt. antiphl.; ptysane oxym.*)

20. Amélioration sensible; sueurs, tendance au sommeil, présence d'esprit, face pâle et composée, le point de côté est disparu; membres supérieurs dans l'état naturel, position de la tête normale, sommeil bienfaisant de quelques heures; la malade déclare qu'elle ne sent plus de douleur nulle part; selles naturelles, langue encore rouge mais humide, peau dans l'état normal, respiration normale, pouls mou, fréquent et un peu ondulant, paroxysme fébrile vers le soir. (*Mixt. antiphl.; ptysane oxym.; diète.*)

21. L'amélioration se soutient; sommeil bienfaisant, langue humide et blanchâtre, l'appétit se fait sentir;

une déjection alvine, pouls mou, faible et fréquent, accès fébrile à onze heures du soir, etc. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

22 – 23. De mieux en mieux. La malade se lève un instant, appétit vif, plus de soif, accès fébrile hier et aujourd'hui entre dix et onze heures du soir. (*R. Pulv. Sulf. Kin. gr. xx, Sacch. albi ℥i, M. in xii dos. à prendre demain depuis une heure de l'après-midi jusqu'à dix heures et demie du soir.*)

24. L'accès n'est plus revenu, pouls faible et normal quant au nombre des pulsations, appétit bon, etc. (*Repetatur eadem dosis febrif., on donne la moitié de la dose prescrite comme le jour précédent; soupe grasse.*)

25, 26, 27 et 28. On a continué l'usage du Sulfate de Quinine, à raison de six grains par jour, jusqu'au 28 même mois. La malade est entrée en convalescence le 1 Août suivant.

Les observations LVIIme et LVIIIme offrent la première espèce de complication observée dans l'arachnoïdite aiguë; elles présentent le phénomène remarquable de la coïncidence d'une fièvre intermittente avec la phlegmasie; car ici l'intermittente quotidienne se développe presque simultanément avec l'arachnitis, à mesure que celle-ci gagne du terrain, les accès de celle-là disparaissent insensiblement, pour revenir à la charge quand l'inflammation est victorieusement combattue; alors les paroxysmes de la fièvre quotidienne se dessinent nettement, ils reviennent regulièrement tous les jours, jusqu'à ce que le fébrifuge par excellence donné intérieurement avec toutes les précautions nécessaires, prévienne leur retour ultérieur; l'accès étant coupé, les malades entrent en convalescence. Ces faits donneront lieu à des réflexions importantes sur la nature prétendue inflammatoire des fièvres intermittentes considérées en général. Mais nous

nous réservons pour un autre moment, le droit d'exprimer notre pensée toute entière á cét égard; ayant l'intention de consacrer quelques pages de ce traité à la discussion d'une question médicale aussi délicate qu'intéressante. Toutefois nous voulons prévenir l'esprit de nos lecteurs contre une objection grave en apparence qu'on pourrait nous faire à l'égard des préceptes posés plus haut (1), relativement aux phlegmasies des séreuses en général; car ce que nous venons d'avancer ici, semble impliquer contradiction avec tout ce que nous avons cherché à établir à l'endroit cité. Mais qu'on ne s'y trompe pas : nous avons tâché de prouver que les inflammations des séreuses peuvent dans certains cas simuler la marche périodique des fièvres intermittentes, afin que le médecin qui les rencontre dans sa pratique, ne se laisse pas entraîner par une fausse apparence et ne tombe dans des erreurs grossières par rapport au traitement. Nous devons d'autant plus insister sur ce point que la nature des fièvres intermittentes génuines ne nous paraît aucunement inflammatoire.

Les observations LIXme, LXme et LXIme suivantes, vont nous offrir la seconde espèce de complication déjà signalée, c'est-à-dire, la coïncidence de l'arachnoïdite aiguë avec la gastro-entérite.

Observation LIX. – Une femme âgée de 60 ans à-peu-près, entre dans l'hôpital civil de Gand le 18 Octobre 1828, malade depuis 15 jours; d'après le rapport verbal des parens, elle s'est plainte depuis le moment indiqué d'une constipation opiniâtre accompagnée de violentes coliques; on lui a donné des pillules composées de cinq grains d'Aloë commun, dont elle a pris jusqu'au nombre

(1) Page 92 et suivantes.

de vingt par jour, sans succès. Voici les symptômes qu'elle offre le 19, jour suivant : suspension complète de toutes les facultés intellectuelles, des sensations externes, ainsi que des mouvemens volontaires ; la déglutition est impossible, face pâle, yeux immobiles, paupières closes, pupilles dilatées, cornée transparente terne, bouche fermée très-étroitement, decubitus plumbeus, les membres supérieurs et inférieurs offrent un degré remarquable de rigidité; constipation, écoulement involontaire des urines, respiration fréquente, sifflante, profonde et incomplète ; pouls faible, fréquent, concentré et régulier, température de la peau plus élevée que dans l'état normal ; jamais la malade n'a offert l'état morbide qu'on lui observe. On n'a pu vaincre la constipation, les dérivans les plus énergiques appliqués à la nuque et aux pieds n'ont eu aucun succès ; la malade succomba le 21, quatre jours après son entrée.

23 Octobre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Arachnoïde couverte d'une couche albumineuse sur-tout à sa portion qui enveloppe la face supérieure et convexe des hémisphères, elle est rougeâtre à la base du cerveau. 2°. Extravasation de sang dans l'étendue de deux pouces à la face supérieure et convexe du lobe postérieur de l'hémisphère droit ; la face interne de la dure-mère contigue au point de l'extravasation est légèrement teinte de sang noir. 3°. Ventricules cérébraux pleins de serum laiteux. 4°. Epaississement de l'arachnoïde qui enveloppe le cervelet et la moëlle épinière ; dans ce tuyau on trouve un épanchement considérable de fluide séreux.

Poitrine. Les viscères qu'elle renferme sont intacts.

Abdomen. 1°. La muqueuse de l'estomac offre une teinte rouge très-intense. 2°. Les intestins grêles présentent à leur surface extérieure des taches brunes, noirâtres et

rougeâtres; leur muqueuse est gangrenée dans une grande étendue. Les intestins gros sont distendus depuis le cæcum jusqu'au rectum par des matières fécales dures comme une pierre, qui obstruent tout le trajet; les autres viscères sont restés intacts.

Observation LX. – *Rosalie de Bie,* âgée de 11 ans, d'une constitution saine et qui se développe bien, entre dans l'hôpital civil de Gand le 28 Octobre 1828, malade depuis 14 jours. Sa maladie a débuté par l'inappétence, la diarrhée, l'amertume de la bouche et un mal de tête qui, insignifiant dans le principe, s'est graduellement accru; voici les symptômes qu'on observe aujourd'hui: céphalalgie intense, pulsations des tempes, pesanteur de la tête, chaleur brûlante au front, délire accompagné de terreur panique; la malade répond brusquement et avec justesse aux questions qu'on lui fait, mais abandonnée à elle-même, elle délire de nouveau. Regard égaré et défiant, pupilles dilatées, face pâle et légèrement convulsée, air de souffrance, position horizontale, agitation continuelle dans le lit, somnolence et pourtant insomnie, prononciation lente et assez claire, voix faible, mouvemens volontaires lents, difficiles et douloureux, membres flasques, respiration fréquente, parfois accélérée, un peu sifflante et incomplète; soif ardente, inappétence, langue sèche, rouge, lancéolée et échancrée sur ses bords, enduite d'une croute brunâtre; selles fréquentes et liquides, ventre légèrement ballonné, indolore; pouls vif, petit et tendu; peau sèche et brûlante, pyrexie.

29 Octobre. (*Sangsues nº VI aux tempes; catap. émoll. sur le ventre, intérieurement les mucilagineux; diète.*)

30. Peu d'amélioration. Déjections alvines moins fréquentes, matières fécales plus liées, abdomen mou,

et ballonné, insomnie; du reste même état que le jour précédent (*Mêmes prescript. moins les sangsues.*)

31 Octobre. Même état que le jour précédent. (*Idem.*)

1 Novembre. Cris plaintifs poussés à des intervalles de cinq à six minutes, insomnie, face rouge, yeux brillans, paupières entr'ouvertes, chaleur brûlante et sèche de la peau, la langue reste sèche, rouge et lancéolée; soif, pyrexie, diarrhée, abdomen mou et naturel, etc. (*X sangsues aux tempes; du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

2. Un peu mieux. Les cris plaintifs sont devenus plus rares, insomnie, agitation, douleur et pesanteur de l'encéphale moindres, decubitus horizontal, légères sueurs, toujours délire tranquille, diarrhée, etc. (*Artériotomie de la temporale ℥x. fom. frig. cap. mêmes prescript. qu'hier.*)

3. Amélioration sensible; présence d'esprit, sensations externes obtuses, la douleur et la pesanteur de l'encéphale ainsi que les pulsations des tempes sont disparues; sommeil de quatre heures, sueurs profuses, face composée et pâle, pupilles normales, diarrhée, langue humide et rouge, inappétence, abdomen naturel, prononciation claire et facile, voix un peu faible, mouvemens volontaires indolores, etc. (*Foment. frig. capiti; catap. émoll. sur le ventre; mucilag. intérieur.; diète.*)

4. De mieux en mieux. Facultés intellectuelles et sensations externes intactes, douleur vive à l'épigastre augmentant par le toucher, vomissement des ingesta, langue sèche, rouge, lancéolée et échancrée sur ses bords, diarrhée, soif, peu d'appétit, pyrexie, pouls concentré, vif et fréquent, sommeil de quelques heures, etc. (*Sangsues n° VI épig.; catapl. émoll. sur le ventre; mucilag. intérieurement.*)

5. La douleur de l'épigastre a cessé; langue humide, développée sur ses bords, dilatée à sa pointe; diarrhée

moindre, pouls fréquent mais faible, appétit vif, sommeil, mouvemens volontaires libres et faciles, voix sonore, prononciation nette, etc. (*Catap. abd.; alimens farineux; mucilagin. ut supra.*)

6 – 7. Bien. La diarrhée a cessé, langue normale, pouls mou, faible et fréquent, sommeil bienfaisant, peau naturelle, etc. (*Alimens farineux; ptysane oxym.*)

8, 9, 10 – 18. Au moyen d'un régime approprié la malade est entrée en pleine convalescence.

Observation LXI. – *Alb. Verspiele,* servante, non mariée, âgée de 28 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 29 Octobre 1828, malade depuis trois à quatre jours; voici les symptômes qu'on observe: délire avec intervalles lucides d'une demi-heure, douleur vive occupant toute l'étendue de l'encéphale, avec pesanteur et tension perçue au sommet de la tête; membres inférieurs lourds et fatignés, les mouvemens s'exécutent avec lenteur, douleur et difficulté; rigidité des membres supérieurs, tête légèrement renversée en arrière, prononciation lente et difficile, voix presqu'éteinte, pulsations fortes des tempes, tintement des oreilles, face rouge, regard hébété, position horizontale, decubitus plumbeus; respiration fréquente, incomplète et pénible, pouls fréquent et petit, inappétence, soif vive, langue sèche et rude, rougeâtre, plissée sur les bords et lancéolée, ventre ballonné et tendu; la malade n'y accuse pas de douleur, déjections alvines fréquentes et liquides, urine rouge et claire, pyrexie. Cette femme est bien réglée.

30 Octobre. (*X sangsues aux tempes; catap. émoll. sur le ventre; diète; mixt. mucilagineuse.*)

31. Un peu mieux. La cephalalgie et les pulsations des tempes sont diminuées, la pesanteur et tous les autres

symptômes sont comme le jour précédent, etc. (*Mêmes prescriptions moins les sangsues.*)

1 Novembre. Même état de l'encéphale, la tête est encore renversée en arrière, délire continu, déjections alvines moins fréquentes, abdomen un peu mou, insomnie, etc. (*XII sangsues aux tempes; du reste mêmes prescriptions; ptysane oxym.*)

2. Mieux. La rigidité des membres est disparue, le délire est moindre, la position de la tête normale, sommeil d'une heure, légères sueurs, cessation de la céphalalgie et des pulsations des tempes; la pesanteur est toujours la même, la langue sèche, lancéolée et plissée sur ses bords, l'abdomen souple, les déjections alvines moins fréquentes et la matière fécale plus liée; pyrexie, pouls vif, fréquent, un peu tendu, etc. (*Idem moins les sangsues.*)

3. Toujours subdelirium, pesanteur de la tête, face encore animée, regard hébété, insomnie, pupilles dilatées, decubitus horizontal, somnolence; selles un peu liquides, leur nombre se réduit à trois par jour, peau sèche et brûlante, etc. (*Artériotomie de la temporale ℥ xii; du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

4. Mieux. Sueurs générales, présence d'esprit, la pesanteur de l'encéphale est disparue, sommeil de quatre heures, les mouvemens volontaires sont lents mais faciles et indolores, langue humide, encore un peu rougeâtre, voix claire, prononciation nette; les déjections alvines ont cessé, ventre mou, pouls mou et fréquent, apyrexie. (*Ptysane oxym.; émulsion gommeuse.*)

5. L'amélioration se soutient; sueurs profuses, présence d'esprit, face pâle et composée, pupilles normales, respiration naturelle, appétence, etc. (*Idem; soupe maigre.*)

6 – 7. Bien en tout. Appétit vif, sommeil bon, selles naturelles, langue nette et bien développée, pouls mou, faible et fréquent, etc. (*Soupe grasse.*)

8, 9, 10, 12 – 18 Novembre. Convalescence complète.

Les observations cliniques rapportées sous les nos LIX, LX et LXI, nous démontrent quelques points importans de théorie médicale relatifs à l'affection dont l'histoire nous occupe. En premier lieu, nous avons cru remarquer que lorsque d'autres phlegmasies envahissant des systêmes différens, viennent compliquer l'arachnitis aiguë, la rigidité des membres supérieurs est moins intense, qu'elle peut même quelquefois ne pas exister. Les faits relatifs à la troisième espèce de complication et que nous citerons plus bas, serviront également à prouver cette assertion. En attendant, l'observation LIXme présente une complication de plus, que nous indiquons en passant, parce qu'elle nous a paru moins fréquente que celles qui ont déjà été signalées; nous voulons parler de l'hémorragie cérébrale; il est à présumer que cette complication aura produit dans tous les membres ce haut degré de contracture, qu'on ne remarque pas chez les sujets des LVIme et LVIIme observations. De plus, la diarrhée n'a pû se manifester à cause de l'obstacle mécanique qui obstruait tout le trajet du colon. Une complication aussi grave et aussi différente par sa nature de celles que nous avons déjà constatées, a dû intervertir plus ou moins la marche des symptômes qui se manifestent lors de la coëxistence de la gastro-entérite avec l'arachnite aiguë; ces symptômes sont: langue sèche, rouge, lancéolée et plissée sur ses bords; abdomen douloureux, tendu et ballonné, diarrhée plus ou moins copieuse, soif continuelle, etc.

La gastro-entérite peut donc simultanément avec la phlegmasie aiguë de la séreuse cérébrale attaquer le même individu, lorsqu'une ou plusieurs causes réunies agissent sur des portions déterminées des systêmes muqueux et séreux. Si la partie enflammée du systême muqueux appartient au canal gastro-intestinal, les symptômes qui

indiquent cette complication, se dessinent assez nettement, et leur ensemble est facilement saisi par un observateur habile, lors même que le trouble des facultés intellectuelles empêche le malade de percevoir et d'exprimer les sensations douloureuses qui sont les effets immédiats d'une inflammation aussi grave: il n'en est plus de même quand la séreuse pulmonaire est envahie en même tems que la séreuse encéphalique; car alors, et les faits suivans le prouveront, les symptômes sont quelquefois si vagues et si obscurs, qu'on ne reconnait l'existence d'une phlegmasie de la séreuse pulmonaire que lorsqu'elle est devenue mortelle, ou lors de l'inspection des poumons après le décès des malades.

Comme nous avons pris la ferme résolution de ne rien avancer qui ne soit basé sur des observations faites au lit du malade et sur l'anatomie pathologique, nous avons cru nécessaire de faire précéder nos réflexions de quelques faits qui viendront à l'appui de la doctrine que nous professerons plus loin; en conséquence nous plaçons ici les LXIIme, LXIIIme, LXIVme, LXVme et LXVIme observations, auxquelles il faut encore allier la LVIme, rapportée plus haut, mais qui trouverait plus naturellement sa place ici, à cause de l'étendue de l'inflammation aiguë, qui a simultanément envahi plusieurs portions diverses du système séreux: quelle destruction n'y découvre-t-on pas dans les enveloppes et dans le tissu des organes principaux de la vie?

Observation LXII. – *Rossel*, jardinier, âgé de 18 ans, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 9 Décembre 1827, malade depuis quatre jours: il se plaint d'une douleur rhumatismale vive et constante, occupant le deltoïde du bras gauche, d'où elle s'étend jusqu'à l'épaule voisine; ensuite il y a

pyrexie assez aiguë, le pouls est fort, dur, plein et fréquent; respiration normale, peau sèche et chaude, céphalalgie légère, soif vive, langue sèche et rougeâtre, selles rares, position horizontale, urines rouges et limpides.

9 Décembre. (*Saignée au bras de ℥ xiv. qu'on répète le soir, lavement; mixt. antiphl.; diète.*)

10. Pouls moins développé qu'hier, fréquent et peu tendu, pyrexie, face rouge, yeux brillans sans changement de couleur à la cornée transparente, physionomie menaçante, réponses brusques, concises et cohérentes, voix claire, prononciation embarrassée, vertiges, pesanteur de l'encéphale, tête renversée en arrière; diarrhée, soif vive, agitation, membres flasques, insomnie, position horizontale; le malade déclare qu'il ne sent aucune douleur dans l'encéphale, etc. (*Même mixt.; ptysane oxym.; diète.*)

11. Délire, agitation générale, insomnie, face offrant un teint rouge vineux, pupilles dilatées, même physionomie qu'hier, somnolence, soif, diarrhée, peau sèche et brûlante, pouls vif, fréquent et accéléré, etc. (*R. Pulv. gg. arab. ℥ i, rad. salep. ʒ i, nitr. ʒ i, syr. de alth. ad linct.*)

12. Toujours trouble des facultés intellectuelles, même état de la face qu'hier, selles fréquentes, liquides et abondantes, abdomen tuméfié et tendu, membres flasques, soif, langue sèche, rouge et lancéolée, respiration fréquente, incomplète et légèrement sifflante. (*XII sangsues sur l'abdomen; catap. émoll.; même médic. qu'hier.*)

13. Un peu mieux. Abdomen souple et mou, peu tuméfié, les déjections alvines sont moins fréquentes et moins copieuses, langue humide mais toujours rougeâtre; le délire persiste, il augmente la nuit, le malade quitte son lit; insomnie, même état de la face et de la physionomie qu'hier, toujours soif, etc. (*Catap. émoll. sur l'abdomen; R. dec. hordei ℔ iv, Sacch. alb. ℥ i, p. boisson.*)

14 Décembre. Accès fébrile ce matin, c'est-à-dire frissons, froid, tremblement général, peau sèche et chaude, toujours délire, etc. L'accès se termine vers midi par des sueurs considérables, celui-ci passé, l'état du malade reste le même. (*Mêmes prescriptions.*)

15. Ce matin retour du paroxysme d'hier matin, délire pendant le jour et la nuit, on est obligé de lier le malade dans son lit; la diarrhée est disparue, du reste l'état général du malade n'est pas changé depuis deux jours. (*R. Pulv. sulf. quininæ ℈i, pulv. doveri ℈s, Sacch. alb. ʒi, in dos. nº x.*)

16. Ce matin retour du paroxysme malgré l'usage du fébrifuge; face et physionomie comme le jour précédent, respiration gênée, toux sèche, délire, membres flasques, tète renversée en arrière, prononciation plus difficile, voix faible; les membres pelviens sont écartés, rigides et dans un état de flexion permanente; sécheresse de la peau, position horizontale, decubitus plumbeus sur le dos, selles retardées, pouls vif, fréquent et concentré, etc. (*Rep. dosis febrifugi. R. aquæ fontis ℥iv, spir. mind. ℥i camph. s. q. gg. arab. sol. gr. iv.*)

17. Même état qu'hier. L'accès n'est plus revenu, globes oculaires fixes, rigidité de tous les membres qui gardent la même position, langue sèche et brunâtre, lancéolée; respiration fréquente, gênée et sifflante, toux sèche, etc. (*Idem moins le fébrifuge.*)

18. Même état que le jour précédent; voix presqu'éteinte, prononciation lente et difficile, pouls petit, fréquent et faible, sécheresse et chaleur brûlante de la peau, decubitus plumbeus, etc. (*Idem.*)

19. De mal en pis. Rigidité de tous les membres, flexion permanente des extrémités inférieures, tête renversée en arrière, tout le corps est tendu comme une corde, convulsion des membres supérieurs, délire, même

état de la face et de la physionomie, pouls faible, petit et irrégulier, etc. (*Rien.*)

20 Décembre. Mort dans la matinée.

Nécropsie le 22 Décembre.

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Arachnoïde cérébrale rougeâtre dans plusieurs endroits et notamment à la face convexe des hémisphères, épaissie dans toute l'étendue de ces organes. 3°. Pie-mère injectée. 4°. Ventricules latéraux pleins de serum. 5°. La substance des hémisphères cérébraux est gorgée de sang, mais saine. 6°. Beaucoup de serum dans le canal rachidien de l'arachnoïde. 7°. Pie-mère spinale injectée; le lobe gauche du cervelet est flasque, le droit intact.

Poitrine. Hydrothorax dans les deux cavités. Poumon droit adhérent à la plèvre, son lobe inférieur est hépatisé et présente quelques points suppurés; même adhérence du poumon gauche, plusieurs petits abcès occupent sa substance. Hydropisie du péricarde. Taches blanchâtres et opaques sur la séreuse du cœur.

Abdomen. Intestins météorisés. Le grêle offre plusieurs anses gangrenées longues de 6 pouces, et des retrécissemens très-considérables; la muqueuse de tout le canal est vivement injectée, celle de l'estomac gangrenée. Le foie volumineux et gorgé de sang présente à sa face concave une couleur d'ardoise. La consistance de son tissu est augmentée,

Observation LXIII. – *Ignace Schockaert*, âgé de 21 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, ouvrier dans une fabrique de coton, entre dans l'hôpital civil de Gand, malade depuis quatorze jours par l'action du froid; il accuse les symptômes suivans: vertiges, céphalalgie intense occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations

des tempes, pesanteur insupportable, la douleur et la pesanteur sont extrêmes quand le malade incline la tête dans l'une ou l'autre direction; tintement des oreilles, pupilles dilatées, chaleur brûlante au front, face offrant un teint rouge clair, paupières entr'ouvertes, globes oculaires douloureux, voix très-faible, prononciation très-difficile, mouvemens des membres douloureux et presqu'impossibles, la douleur occupe aussi tout le trajet du rachis, et est aiguë aux lombes; au surplus assoupissement, facultés intellectuelles et sensations externes obtuses, indifférence, regard hébété, somnolence et pourtant insomnie continuelle, respiration fréquente et incomplète, pouls tendu, concentré et fréquent, langue lancéolée, échancrée, rouge et sèche; soif vive, selles retardées, peau brûlante et sèche, decubitus horizontal.

1828. 5 Novembre, jour de l'entrée, vers le soir. (*Artériotomie de la temporale de ℥ xv.*)

6. Un peu mieux. Diminution des symptômes locaux d'arachnitis, néanmoins encore pyrexie, insomnie, peau brûlante et sèche, decubitus horizontal, selles retardées. (*XII sangsues aux tempes. Aq. Laxat. ℥ iij, pro dosi. diète.*)

7. La douleur et la pesanteur de tête sont diminuées, sommeil de trois heures souvent interrompu, légères sueurs; les tranchées du ventre ont cessé, quatre selles dans la journée d'hier, quelques-unes encore aujourd'hui; pouls plus développé et accéléré, la douleur occupe encore le trajet du rachis; langue humide et rouge, présence d'esprit, même état de la face et des yeux que le jour précédent, soif vive, membres flasques, leurs mouvemens sont toujours lents et difficiles, il en est de même de la prononciation, la voix est faible. (*Catap. émoll. sur le ventre; Mucil. gg. arab. ℥ iv, Syr. de Alth. ℥ is; déc. émoll. pour boisson; diète.*)

8 Novembre. A-peu-près même état qu'hier, déjections alvines moins fréquentes. (*Mêmes prescriptions.*)

9. Une hémorrhagie nasale très-abondante est survenue ce matin, elle est bienfaisante puisqu'elle produit une diminution considérable des symptômes en général; le pouls est mou et fréquent, sommeil de quelques heures, sueurs, présence d'esprit, même état de la face qu'hier, pesanteur de la tête, pouls plus vif que le jour précédent, selles naturelles, langue humide et rouge, peu de soif. (*Rien; ptysane oxym.; diète.*)

10. Hémorrhagie nasale très-copieuse à deux heures de l'aprés-midi, elle n'est pas bienfaisante; assoupissement, pesanteur et céphalalgie très-grande, peau sèche et brûlante, insomnie, soif; du reste les autres symptômes semblent augmenter en violence, etc. (*X sangsues aux tempes; boissons émoll.; diète.*)

11. Encore une hémorragie nasale très-copieuse sans soulagement, rigidité des membres supérieurs, tête renversée en arrière, léger délire, douleur vive à l'épigastre. (*Artériotomie de la temporale ℥ xv; boiss. émoll.; diète.*)

12. Beaucoup mieux. Présence d'esprit, sommeil de cinq heures, sueurs profuses; la douleur à l'épigastre, la pesanteur, la céphalalgie ainsi que les pulsations des tempes sont beaucoup diminuées; rigidité des membres supérieurs et du cou moindre, la prononciation reste difficile, la voix faible, la langue rouge et sèche, etc. (*VI sangsues épig.; catap. émoll. sur le ventre.*)

13. La douleur à l'épigastre est disparue, sommeil de trois heures, pouls petit, concentré mais vif, surdité, peau sèche et brûlante, somnolence; en général peu d'amélioration, la diarrhée est revenue. (*R. Mucil. gg. Arab. ℥ iv, Syr. de Alth. ℥ is; boissons émoll.; soupe au riz.*)

Ayant été obligé de faire une absence de quatre jours,

nous n'avons revu le malade que le 18 du même mois; pendant cet intervalle, on a persisté dans l'usage des mêmes moyens.

18 Novembre. Etat comateux, agitation, insomnie, rigidité des membres supérieurs, tête renversée en arrière, mouvemens convulsifs des membres inférieurs revenant par intervalle, decubitus plumbeus, on souleve le corps du malade tout d'une pièce; peau sèche et brûlante, déglutition difficile, resserrement des pupilles, fixité des globes oculaires, diarrhée, pouls faible et fréquent. (*Vésicat. à la nuque; fomentat. froides de Schmuckel sur la tête; du reste mêmes prescriptions qu'hier.*)

19. Grincement des dents, tremblement général, rigidité de tout le corps, respiration sifflante, profonde et incomplète; état comateux, face pâle et décomposée, déglutition impossible; du reste même état qu'hier. (*Idem.*)

20. De mal en pis. Râle, sueurs visqueuses, face hippocratique, etc.

21. Mort dans la matinée.

23. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux de la durè-mère très-injectés. Sérosité abondante entre l'arachnoïde et la face correspondante de la dure-mère. Adhérence entre la pie-mère et l'arachnoïde. Les vaisseaux sanguins de la pie-mère sont gorgés de sang. 2°. Substance du cerveau sablée de sang, qu'on en exprime comme d'une éponge. 3°. Ventricules latéraux des hémisphères pleins de sérosité. 4°. La substance du cervelet est très-injectée, ainsi que les vaisseaux de la pie-mère, l'arachnoïde est généralement épaissie et opaque. 5°. Epaisissement de l'arachnoïde spinale, canal arachnoïdien de la moëlle épinière plein de sérosité rougeâtre jusqu'à la dernière vertèbre lombaire.

Poitrine. Hydrothorax. Poumons hépatisés, légèrement adhérens à leur plèvre costale correspondante.

Abdomen. Les intestins grêles et gros offrent des plaques rouges rosacées dans toute l'étendue de la muqueuse; les autres viscères sont intacts.

Observation LXIV. – La nommée *Susanne Jeannot*, âgée de 14 ans, jusqu'alors non réglée, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine et qui se développe bien, entre dans l'hôpital civil de Gand le 18 Novembre 1828, malade depuis huit jours: elle se plaint de tous les symptômes d'une gastro-entérite, qu'on combat avec succès par les cataplasmes émolliens appliqués sur le ventre par les mucilagineux donnés intérieurement, et par les émissions sanguines locales, en sorte que la malade commence à manger avec appétit, et digère assez bien les alimens. Le 26 elle dine copieusement, quoique le médecin eût expressément ordonné le régime; la gastro-entérite se reproduit avec violence, et sa marche est très-aiguë, malgré tous les moyens que l'on prescrit en pareille circonstance; le 28, la malade commence à se plaindre de pesanteur de tête, de pulsations des tempes, de tension au front ainsi que de céphalalgie vive et continue dans toute l'étendue de l'encéphale; en même tems il y a toux, la voix est rauque, la respiration un peu gênée; vers le soir délire qui alterne avec un état comateux, gonflement de la face qui est rouge, pâle, air de souffrance, regard d'indifférence, augmentation des diamètres pupillaires, suspension subite de toutes les sensations externes, decubitus plumbeus, paupières entr'ouvertes, rigidité des membres supérieurs, déglutition difficile, pouls petit, vif et fréquent, peau sèche et chaude, diarrhée, abdomen ballonné et tendu, pyrexie. (*VIII sangsues aux tempes; sinap. à la nuque; catap. émoll. sur le ventre; diète; émulsion mucilag.*) Le 29. Même situation, le délire a cessé, état comateux, respiration plus difficile

qu'hier, toux rare; du reste émission involontaire de l'urine et des fæces. (*VIII sangsues aux tempes, etc.*)
30. De mal en pis.

Morte le 1 Décembre dans l'après-diner.

3 Décembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Arachnoïde des hémisphères épaissie et adhérente à la pie-mère dans toute son étendue. 3°. Ventricules latéraux pleins de sérosité lactescente. 4°. Pie-mère vivement injectée. 5°. Substance du cerveau gorgée de sang qui, par la plus légère pression, s'en écoule comme d'une éponge qui en serait imbibée; du reste cette substance est intacte. 6°. Epaississement de l'arachnoïde du cervelet, dont la pie-mère est aussi très-injectée; le canal arachnoïdien du rachis contient une grande quantité de sérosité, il est opaque et épaissi; le cervelet et la moëlle allongée sont intacts.

Poitrine. Hydrothorax dans la cavité des deux plèvres, poumons intacts.

Abdomen. Muqueuse de l'estomac gangrenée; muqueuse des intestins grèles rouge et ulcérée en plusieurs endroits. Ces mêmes intestins offrent cinq à six invaginations, tantôt de bas en haut et tantôt de haut en bas. Lames du mésentère vivement injectées; les glandes mésentériques sont dures, rouges et gonflées; quelques-unes d'entr'elles offrent le volume d'un œuf de pigeon.

Observation LXV. – *Jeanne Verpont*, âgée de 58 ans, d'une constitution sanguine robuste, poissonnière, adonnée depuis long-tems à l'excès des boissons spiritueuses, entre dans l'hôpital civil de Gand le 14 Janvier 1829, malade depuis quelques jours; elle accuse les symptômes suivans: céphalalgie vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, avec pesanteur et pulsations des

tempes qui, suivant l'expression de la malade, sont insupportables; facultés intellectuelles intactes, sensations externes obtuses, prononciation très-lente et difficile, voix presqu'éteinte, déglutition normale, face gonflée, rouge et violette, pupilles dilatées, paupières closes et rouges, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, somnolence, insomnie, membres flasques, pesans et tombant tout d'une pièce quand on les soulève; mouvemens volontaires douloureux et très-difficiles, langue développée, sèche et rougeâtre, selles rares, urines teintes, peau sèche et brûlante, respiration incomplète et peu gênée, toux sèche et indolore, decubitus plumbeus sur le dos, pouls tendu, fréquent et peu développé.

15 Janvier. (*XII sangsues aux tempes; diète; Aq. Laxat. Vienn.* ℥ *iv, à prendre en une fois après l'application des sangsues; ptysane oxym.*)

16. Peu d'amélioration dans l'état de la malade, une selle copieuse, plaintes continuelles, etc. (*VIII sangsues aux tempes; ptysane oxym.; diète.*)

17. L'état de la malade s'empire; délire la nuit, le matin intervalles lucides, mais du reste stupeur, indifférence, regard hébété, toux, respiration un peu gênée, langue humide, pouls tendu et fréquent, membres toujours rigides, etc. (*Artériotomie de la temporale de* ℥ *xv; mixt. antiphl.; diète: sinap. aux pieds.*)

18. Peu d'amélioration. Délire la nuit, cris, agitation, la malade veut s'enfuir, insomnie; ce matin rigidité des membres supérieurs, flexion permanente et flaccidité des membres inférieurs, paupières closes, globes oculaires fixes; anxiété, selles libres, face livide et bleuâtre, pouls fréquent, vif et toujours tendu, decubitus plumbeus, intervalles lucides très-rares; langue humide, peu de soif, chaleur vive et sécheresse de la peau, respiration

génée et incomplète, toux sèche et fréquente, plaintes continuelles. (*XII sangsues aux tempes; vésic. à la nuque; diète; ptysane oxym.*)

19 Janvier. Un peu mieux. Sommeil de deux heures, délire alternant avec des intervalles lucides, sensations externes toujours obtuses, émission involontaire des fæces et de l'urine, langue humide et blanchâtre, soif, déglutition intacte, pouls vif, développé et fréquent, plaintes continuelles; du reste même état qu'hier. (*XII sangsues aux tempes; foment. froides sur la tête; R. oxym. simpl.* ℔ *s, sp. mind.* ℥ *ij, toutes les heures une cuillère à soupe.*)

20–21. Délire intermittent le jour, continu la nuit, accompagné de cris et de vociférations; membres rigides, leurs mouvemens sont presqu'impossibles, peau sèche et brûlante, excrétion involontaire de l'urine et des fæces, pouls fréquent et moins développé qu'hier, anxiété, toux, respiration difficile, etc. (*Même mixt.; sinap. aux pieds; diète; ptysane oxym.*)

22–23. Idem. (*Mêmes prescriptions que le* 21.)

24–25. Idem. (*Vésic. à la poitrine; sinap. à la nuque.*)

26. De mal en pis. Toux sèche, respiration difficile, oppression, membres rigides, pesans, on les soulève tout d'une pièce; pouls fréquent, faible et développé, plaintes continuelles, état de stupeur, etc. (*Idem. R. oxym. simpl.* ℔ *s, scill.* ℥ *i, mell. puri* ℥ *i. on entretient le vésic.*)

27. Morte dans la matinée.

29 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux de la dure-mère ainsi que les sinus gorgés de sang. 2°. Arachnoïde des hémisphères rouge, couverte d'une couche albumineuse, épaissie, opaque et résistante au tranchant du scalpel. 3°. Vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. 4°. Ventricules latéraux vides. 5°. Plusieurs plaques rouges dans l'arachnoïde cérébelleuse produites par du sang extravasé. 6°. Substance du

cervelet intacte; vaisseaux sanguins de la pie-mère injectés.

Poitrine. Cavité de la plèvre droite remplie de serum sanguinolent; poumon droit libre, le gauche adhère à la plèvre costale correspondante, tous les deux gorgés de sang noir; péricarde plein de serum; le cœur offre un volume plus grand que dans l'état normal.

Abdomen. L'estomac rétréci présente la capacité d'un intestin grêle, ses parois ont acquis l'épaisseur d'un demi-pouce, elles sont cartilagineuses. La muqueuse est rouge et parsemée de taches brunâtres en plusieurs endroits; celle des intestins grêles est phlogosée, plusieurs anses sont remplies de sang noir extravasé; les gros n'offrent rien de particulier. Membrane séreuse du foie blanchâtre et épaissie; le parenchyme de ce viscère est dur, livide et gorgé de sang, il offre un volume considérable; la râte est également pléine de sang noir et mollasse; il y a aussi du serum jaunâtre dans la cavité abdominale, dont la séreuse est devenue opaque et blanchâtre, et le tissu s'est épaissi.

Observation LXVI. – *F. Bogaert*, jeune fille âgée de 22 ans, ouvrière dans une filature de coton, d'une constitution sanguine et assez robuste, a toujours été bien réglée; elle entre dans l'hôpital civil de Gand le 10 Mars 1829, malade depuis quatre jours à la suite d'une violente colère qui a duré pendant cinq à six heures; elle présente tous les symptômes d'une arachnitis cérébrale aiguë portée au plus haut degré: coma profond, facultés intellectuelles et sensations externes confuses, pyrexie; en outre il y a toux sèche et fréquente, respiration difficile; lorsqu'on comprime l'épigastre, l'état comateux paraît cesser un moment, la face entre en convulsion, et la malade pousse des gémissemens; l'abdomen est

ballonné et tendu, il y a diarrhée, les selles liquides et rougeâtres sont expulsées presqu'involontairement; les membres restent flasques et la tête est un peu renversée en arrière; déglutition facile, decubitus plumbeus, la bouche s'ouvre difficilement, les muscles des lèvres et de la mâchoire inférieure opposent de la résistance. Le pouls est dur, concentré et tendu, la peau sèche et brûlante. Malgré les saignées générales et locales, malgré le régime antiphlogistique le mieux approprié, cette fille mourut le 13 du même mois, à cinq heures du soir.

15 Mars. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Adhérence entre l'arachnoïde des hémisphères et la lame qui revêt la surface interne de cette membrane fibreuse, par des granulations qu'on observe sur-tout vers le sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde de tout l'encéphale opaque, épaissie et adhérente à la pie-mère. 3°. Les vaisseaux artériels de celle-ci gorgés de sang, les veineux présentent une dilatation variqueuse. 4°. Sérosité abondante entre les feuillets arachnoïdiens de la face convexe des hémisphères cérébraux. Extravasation de sang à la surface convexe et supérieure de l'hémisphère droit dans l'étendue de deux pouces. Les vaisseaux sanguins de cet hémisphère sont plus fortement engorgés que ceux du gauche. 5°. Tissu encéphalique hypertrophié, dur et consistant, la substance corticale est grisâtre. 6°. La capacité des ventricules latéraux est diminuée. 7°. Substance du cervelet très-injectée. 8°. Canal arachnoïdien du rachis plein de serum sanguinolent. Le tissu en est opaque et légèrement épaissi. 9°. Substance de la moëlle allongée plus consistante que dans l'état sain et injectée.

Poitrine. Inflammation du feuillet interne du péricarde, collection séreuse abondante dans cette enveloppe. *Cavité gauche.* Elle est pleine de serum sanguinolent.

Suppuration commençante en plusieurs points du tissu pulmonaire. *Cavité droite.* Serum sauguinolent en moindre quantité que dans la gauche. Plèvre suppurée, lobe supérieur du poumon hépatisé, lobe inférieur gorgé de sang.

Abdomen. Muqueuse gastro-intestinale rouge et épaissie; les autres viscères sont restés intacts.

Avant d'aller plus loin, nous rappelerons encore une fois l'attention de nos lecteurs sur la LXIIme observation, laquelle fournit une nouvelle preuve de ce que nous avons déjà établi ci-dessus relativement aux phlegmasies aiguës du système séreux considérées en général. Le malade qui fait le sujet de cette observation, fut atteint au 10me jour de sa maladie d'un *prétendu paroxysme fébrile,* qui revint à la même heure les deux jours suivans, et ne fut pas rompu par le sulfate de kinine: nous ne pouvons assez insister sur ce point qui est de la plus haute importance, lorsqu'il faut tracer le plan de traitement à suivre pour combattre les phlegmasies aiguës dont il s'agit.

Maintenant, pour en revenir à l'objet que nous nous proposons de traiter ici, les quatre observations que nous venons de rapporter, nous indiquent après la mort une complication dont nous étions loin de soupçonner l'étendue pendant la vie; malheureusement lorsque l'arachnoïdite aiguë a troublé les facultés intellectuelles, un grand nombre de symptômes propres à faire découvrir les différens sièges qu'occupe la phlegmasie des séreuses pectorale et abdominale, ne sont pas perçus par les malades; ou bien le médecin croit devoir les rapporter à l'affection principale dont les symptômes sont évidens, ou bien les symptômes qui se déclarent dans d'autres fonctions plus ou moins lésées, sont fugaces, variables et si faibles, qu'ils échappent facilement à la sagacité

du plus habile observateur; ainsi il nous est arrivé quelquefois d'observer chez l'individu déjà atteint d'arachnoïdite aiguë, une toux légère, sèche, ou muqueuse, de la gène dans la respiration; dès le principe de la maladie, le patient se plaignait de douleur pungitive et vague perçue en plusieurs points de la surface du thorax; nous croyions pouvoir sans inconvénient négliger ces symptômes, parce que notre attention était fixée sur la phlegmasie de l'arachnoïde cérébrale; lorsque celle-ci avait été victorieusement combattue, nous observions avec étonnement que la maladie de la poitrine si légère en apparence, avait fait des progrès effrayans, et venait reproduire le danger auquel le malade semblait avoir échappé par l'application des moyens convenables pour combattre l'inflammation, dont les symptômes avaient, dès le début, absorbé toute notre attention.

Lors donc qu'appelé au lit du malade, le praticien éclairé interroge la nature souffrante pour découvrir le siège de complications aussi étendues que celles que nous venons de dévoiler, il poussera ses investigations aussi loin que possible, et dans cet état de doute et de perplexité, l'un ou l'autre symptôme aperçu dans les organes plus ou moins éloignés du siège de l'affection principale, qui seule jusqu'alors avait exercé sa sagacité, oui un symptôme vague, fugace, même obscur sera un trait de lumière pour celui, qui s'appuyant sur l'observation clinique et anatomico-pathologique, en sait apprécier toute la valeur. On est frappé de ce que l'anatomie pathologique nous démontre à cet égard; en effet, quelle étendue du système séreux n'occupe pas l'inflammation aiguë chez ces malades qui font les sujets des observations LXIIme, LXIVme, LXVme et LXVIme; l'arachnoïde encéphalique, la plèvre, le feuillet interne du péricarde et le péritoine en

sont en quelque sorte autant de siéges divers, sous un certain rapport, mais néanmoins analogues entr'eux par l'identité de tissu; eh bien considérons attentivement, analysons, pour mieux dire, les différens groupes de symptômes qui se sont manifestés pendant la vie, et nous défions l'observateur le plus expérimenté de découvrir isolément les siéges du système séreux qu'avait envahis la phlegmasie; ce n'est pas encore tout, d'un côté le parenchyme viscéral des poumons, de l'autre la muqueuse gastro-intestinale n'a pas été épargnée; vainement on chercherait ici les signes diagnostiques capables de mettre le médecin sur la voie pour découvrir tant de destructions.

Maintenant, on peut se demander, et cette question trouve naturellement sa place ici, comment il se fait que dans certains cas la phlegmasie aiguë des séreuses occupe une si grande étendue à la fois, et se propage même jusqu'à l'une ou l'autre portion de la muqueuse et jusqu'au tissu viscéral? Quant aux membranes séreuses nous répondrons avec Bichat (1), que les sympathies que leurs différentes portions entretiennent entr'elles et avec les muqueuses, favorisent singulièrement cette extension. Pour ce qui regarde le parenchyme viscéral enveloppé par les séreuses, si la phlegmasie est violente, elle y retentit nécessairement, comme l'observation le prouve fréquemment dans la pneumonie si souvent devancée par l'inflammation de la plèvre; il en est de même de l'encéphalite par rapport à l'arachnoïde correspondante; d'ailleurs la cause développante peut agir avec assez de violence pour propager ses effets bien au-delà de la surface vivante à laquelle elle a été appliquée. Ensuite, quand une ou plusieurs causes morbifiques agissent long-tems sur l'économie animale de l'homme vivant, celui-ci peut par la vigueur de sa constitution neutraliser leurs effets

(1) Anatom. génér. Vol. IV, page 550 et suiv.

délétères; il arrive néanmoins un moment auquel cette réaction victorieuse insensiblement affaiblie, finit par être vaincue à son tour et les maladies se développent simultanément dans plusieurs organes ou systèmes à la fois, avec une violence qui semble être en quelque sorte proportionnée aux longs efforts que la nature a opposés à leur invasion : des exemples frappans puisés dans l'observation journalière, mettent la vérité de cette assertion en évidence, et soit dit ici en passant, les sujets robustes qui ont long-tems résisté à l'action nuisible des boissons spiritueuses copieusement ingérées tous les jours, finissent par être atteints d'affections, qui attaquent simultanément tous les appareils les plus nécessaires à la conservation de la vie individuelle. Joignons encore à tout cela que les sympathies qui existent entre les enveloppes diverses, séreuse, muqueuse et dermoïde, ainsi que leurs diverses combinaisons, et qui se manifestent seulement sous certaines conditions que nous pouvons difficilement saisir, suffisent pour déterminer la rapidité et la violence avec lesquelles les phlegmasies aiguës envahissent simultanément plusieurs portions de systèmes similaires ou dissimilaires, ou plusieurs organes plus ou moins éloignés du foyer primitif de l'inflammation.

L'arachnoïdite aiguë peut être *secondaire*; l'observation sera encore le flambeau qui servira à éclairer la marche de cette phlegmasie lorsqu'elle survient pendant qu'une maladie plus ou moins grave a atteint l'un ou l'autre appareil, ou organe; nous l'avons vu succéder à la phlegmasie de la muqueuse pulmonaire, ou se développer pendant le cours de la gastro-entérite.

Observation LXVII. – Le nommé *F. Vandersteene*, âgé de 42 ans, maçon, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 9 Mai 1828,

malade depuis deux jours; il se plaint d'une phlegmasie aiguë de la muqueuse pulmonaire accompagnée de pyrexie, etc. On combat victorieusement cette maladie par les saignées générales et locales, par les mucilagineux donnés intérieurement et par la diète, de sorte que le malade entre en convalescence le 13 du même mois; néanmoins le 14 il accuse les symptomes suivans, qui se développent pour ainsi dire subitement, savoir: céphalalgie continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, pesanteur de la tête, facultés intellectuelles intactes, mouvemens volontaires lents, douloureux et difficiles, prononciation lente, voix affaiblie, face rouge, yeux brillans, légèrement rouges, pupilles dilatées, somnolence et pourtant insomnie, pouls fréquent, petit et concentré; respiration fréquente et profonde, selles régulières, langue naturelle, peu de soif, température de la peau très-élevée, urine rouge.

14 Mai. (*VIII sangsues aux tempes; mixt. antiphl.; diète: ptysane oxym.*)

15. A-peu-près même état: insomnie, decubitus horizontal, pouls un peu plus développé qu'hier, mais moins fréquent aujourd'hui, etc. (*VIII sangsues aux tempes; mixt. antiphl.: lavement; diète.*)

16. Peu d'amélioration; les symptômes notés ci-dessus persistent; decubitus horizontal, rigidité des membres supérieurs, tête renversée en arrière, délire continu, somnolence; les réponses se font avec humeur et sont accompagnées d'un aspect ménaçant; pouls petit, concentré et fréquent; une déjection alvine, soif, langue sèche, rougeâtre, échancrée sur ses bords, lancéolée; insomnie, face rouge, pupilles dilatées, etc. (*Artériot. de la temporale gauche ℥xv; mixt. antiphl.; diète.*)

17. Mieux. Présence d'esprit, sensations externes intactes, sommeil de quatre heures, sueurs profuses, une

déjection alvine copieuse, la céphalalgie est presque nulle, absence totale de pesanteur et de pulsations des tempes; face pale et composée, prononciation facile, un peu lente, voix claire, pouls mou et fréquent, température de la peau normale, respiration libre, mouvemens des membres faciles et indolores, membres supérieurs flasques, peu de soif, langue humide et développée, encore rougeâtre, etc. (*Diète; ptysane oxym.*)

18 Mai. De mieux en mieux. L'appétit se fait sentir, sommeil bienfaisant, sueurs, température de la peau normale, face composée, légère douleur à la tête, une déjection alvine, etc. (*Vésicat. à la nuque; soupe maigre; ptysane oxym.*)

19. Le malade a pris trop d'alimens; soif, la langue est devenue sèche et rouge, il se plaint de diarrhée, pouls fréquent et un peu vif; du reste il se porte assez bien. (*R. Mucil. gg. Arab.* ℥*iv, p. sal. nitr.* ʒ*i, Syr. de Alth.* ℥*ij.*)

20. Léger délire vers le soir et pendant la nuit; le malade n'accuse ni pesanteur ni douleur de l'encéphale, face animée, sueurs, pouls fréquent, peu développé et mou, trois selles liquides. (*Diète; on répète la mixt.*)

21. Mieux. Présence d'esprit, sommeil tranquille de quatre heures, l'appétit se fait sentir, sueurs, deux selles liquides, pas de soif, face naturelle, pouls comme hier. (*Même mixt.; diète; ptysane oxym.*)

22. L'amélioration se soutient; la diarrhée a cessé, plus de soif, appétit vif, langue normale; le malade a laché un vers lombric, pouls et sommeil naturels, peu de sueurs, etc. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

22, 23 et 24. Bien en tout. Appétit vif, selles régulières, le malade s'est levé une heure par jour, etc. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

25, 26, 27 et 28. Convalescence complète.

Observation LXVIII. – *Colète Liebrecht*, âgée de 20 ans, non mariée, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 17 Septembre 1828, accouchée depuis 24 heures et malade; elle raconte que le placenta n'a pas été extrait en entier et que les lochies ont coulé fort peu; elle accuse tous les symptômes d'une métrite, ainsi que d'une gastro-entérite commençante; on combat ces maladies par les saignées locales, les mucilagineux, les boissons adoucissantes, les cataplasmes appliqués sur l'abdomen et par un régime sévère; les symptômes de gastro-entérite ainsi que de métrite diminuent mais ne disparaissent pas; on continue l'usage des mêmes moyens jusqu'au 30 Septembre, mais sans succès; le 1r Novembre se manifestent brusquement les symptômes suivans: délire tranquille interrompu par des cris plaintifs, face rouge et animée, pupilles dilatées, agitation, momens très-courts d'assoupissement; la voix est faible, la prononciation difficile, on ne peut comprendre les mots prononcés par la malade; flaccidité des extrémités, dont les mouvemens sont très-lents et très-difficiles, decubitus plumbeus, insomnie, pyrexie, pouls faible, vif et fréquent, peau sèche et brûlante, soif assez vive, émission involontaire des urines; quand on palpe l'abdomen tendu et légèrement gonflé, la malade ne donne aucun signe de douleur; écoulement continu d'un liquide très-fétide par les parties génitales externes; au surplus inappétence, soif vive, amaigrissement rapide, etc. Malgré les dérivans les plus énergiques appliqués à la nuque et aux pieds, malgré l'usage intérieur des mucilagineux combinés avec les opiacés, cette femme succombe le 8 Octobre.

10 Octobre. *Nécropsie.*

Tête. Vaisseaux sanguins de la dure-mère très-injectés. Arachnoïde adhérente à la pie-mère, épaissie et couverte

d'une couche albumineuse à la face convexe des hémisphères, où l'on rencontre des plaques de même matière entourées d'un liquide puriforme. Ventricules latéraux pleins de sérosité. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Poitrine. Cette cavité et son contenu n'offrent rien de remarquable.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac et des intestins offrent çà et là des plaques rouges vivement injectées.

La matrice n'est pas encore tout-à-fait revenue sur elle-même; elle contient aussi une portion du placenta et des membranes fœtales putréfiée; muqueuses utérine et vaginale gangrenées.

Observation LXIX. – *Em. van Thiene,* âgé de 16 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 23 Septembre 1828, malade depuis huit à dix jours; à la suite d'abus de purgatifs irritans pris sans consulter personne, il fut atteint d'une gastro-entérite assez intense; on employe avec quelque succès les saignées locales et les cataplasmes émolliens, on administre intérieurement les mucilagineux et on prescrit un régime approprié; le 30 du même mois la maladie semble marcher vers une convalescence franche, mais le 31 au soir se déclarent subitement les symptômes suivans: accès fébrile annoncé par des frissons, auxquels succèdent bientôt un sentiment de froid général, soif, tremblement, douleur vive occupant le trajet de l'épine du dos, et toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pesanteur et de pulsations des tempes; délire, prononciation très-difficile, voix presqu'éteinte, decubitus plumbeus, mouvemens volontaires douloureux et difficiles, langue sèche, rougeâtre, lancéolée et frangée sur ses bords, soif vive, insomnie; la diarrhée recommence

par quatre selles liquides; la nuit suivante, pouls vif, accéléré mais faible, respiration fréquente et incomplète; cet état persiste ainsi jusqu'au lendemain 1 Octobre au matin; alors délire avec intervalles lucides, le malade accuse de la douleur et de la pesanteur dans l'encéphale, il y a rougeur de la face, dilatation des pupilles, les paupières sont closes, rigidité des membres supérieurs et inférieurs au point que le corps offre la forme d'une corde tendue, decubitus plumbeus, les membres abandonnés à eux-mêmes tombent tout d'une pièce. On prescrit le régime farineux et adoucissant, un vésicatoire à la nuque, des sinapismes aux pieds, les cataplasmes sur le ventre et les mucilagineux à l'intérieur; on s'abstient des saignées à cause de la maigreur extrême et de la faiblesse générale; on continue inutilement ce traitement jusqu'au 15 Octobre; la pyrexie persiste et tous les soirs les symptômes notés ci-dessus s'exaspérèrent périodiquement à l'exception cependant des frissons qui ne reparaissent plus que le 16 Octobre, jour auquel *Van Thiene* succombe.

18 Octobre. *Nécropsie.*

Habitude extérieure du cadavre. Marasme au plus haut degré, les muscles sont presqu'effacés, la peau est aride et coriace.

Tête. 1°. Vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang noir. 2°. Arachnoïde de l'encéphale adhérente en plusieurs points à la surface de son feuillet externe, qui tapisse la face interne de la dure-mère, épaissie et couverte d'une couche albumineuse. 3°. Ventricules latéraux des hémisphères remplis de serum trouble; la substance cérébrale ainsi que celle du cervelet n'offrent rien qui soit digne de remarque. 4°. Arachnoïde spinale également épaissie, elle contient environ deux onces de liquide séreux clair.

Thorax. Les viscères contenus dans cette cavité sont intacts.

Abdomen. Muqueuse intestinale çà et là légèrement injectée. Les autres viscères ne présentent rien de remarquable.

Observation LXX. – *F. van Reckhen,* âgé de 22 ans, ouvrier, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans la salle de clinique de l'université de Gand le 8 Octobre 1828, malade depuis quatre jours; il est atteint d'une gastro-entérite produite par l'abus de purgatifs irritans; en conséquence, vu la constitution du malade, on emploie les saignées générales et locales, on fait appliquer les cataplasmes émolliens sur le ventre, intérieurement on prescrit les mucilagineux, et on recommande la diète la plus sévère; sous l'influence de ce traitement, la maladie cède sans difficulté et *V. Reckhen,* renvoyé presque convalescent le 13 du même mois, passe dans la salle des malades de l'hôpital civil, où sa santé continua à s'améliorer de jour en jour. Malheureusement le 18 il fait un écart dans le régime, la gastro-entérite comme par un coup de foudre se reproduit et offre aussitôt les symptômes suivans: délire, les pupilles sont dilatées, les cornées transparentes présentent un éclat brillant et vif, sans changement de couleur; yeux hagards, aspect étonné, prononciation lente et difficile, voix faible, face rouge, soif, rigidité des membres supérieurs et inférieurs, tête roidie et jetée en arrière, le corps du malade peut se soulever tout d'une pièce, comme une corde fortement tendue; puis toux, diarrhée très-fréquente, respiration assez difficile, pouls faible, vif et fréquent, peau sèche et brûlante. On applique les dérivans à la nuque et aux pieds, les fomentations froides à la tête; on prescrit les adoucissans à l'intérieur mais le tout inutilement, car le malade succombe le 24 du même mois, à quatre heures de l'après-dîner.

26 Octobre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de l'encéphale gorgés de sang. 2°. Arachnoïde couverte d'une couche albumineuse sur-tout à la face convexe des hémisphères, plusieurs points d'adhérence entre cette membrane et son feuillet tapissant la lame interne de la dure-mère. Une portion de l'arachnoïde qui recouvre la surface convexe du lobe antérieur de l'hémisphère droit, est très-rouge dans l'étendue de $2\frac{1}{2}$ pouces; on croirait qu'il y a un épanchement de sang dans ce tissu. 3°. Ventricules pleins d'eau trouble presque laiteuse. 4°. Même état de l'arachnoïde qui couvre le cervelet et la moëlle épinière; épanchement de serum sanguinolent dans cette enveloppe.

Thorax. Poumons sains. Epanchement considérable de serum sanguinolent dans les cavités de la plèvre.

Abdomen. Muqueuse de l'estomac et des intestins gros et grêles rouge et vivement injectée. Les autres viscères sont restés intacts.

Observation LXXI. – *D. Wagenaer,* âgé de 28 ans, maçon, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 9 Octobre 1828; il est atteint depuis huit jours de gastro-entérite, on lui a appliqué en deux fois sur l'abdomen 24 sangsues, qui ont apporté quelque soulagement; voici l'état qu'offre le malade lors de son entrée: délire avec intervalles lucides, céphalalgie violente occupant toute l'étendue de l'encéphale accompagnée de pesanteur et de pulsations des tempes; rougeur de la face, chaleur brûlante au front, yeux égarés, pupilles contractées, cornées transparentes brillantes sans changement de couleur, prononciation lente et difficile, voix affaiblie, soif, langue sèche, lancéolée, rouge sur ses bords et couverte d'un enduit brunâtre; inappétence, douleur vive à l'épigastre aug-

mentée par la plus légère pression, diarrhée, abdomen légèrement ballonné, pouls fréquent, dur et concentré; mouvemens volontaires douloureux et difficiles, peau brûlante et sèche, urines teintes, pyrexie qui s'exaspère vers le soir.

10 Octobre. (*X sangsues aux tempes; catap. émoll. sur l'abdomen; R. Mucil. gg. Arab. ℥ iv, Syr. de Alth. ℥ is; diéte sévère; décoct. de racine d'Althée pour boisson.*)

11. Le délire, la pesanteur et la douleur de l'encéphale sont diminués; face pâle, yeux encore brillans et hagards, regard hébété, insomnie, prononciation toujours lente et faible; la diarrhée n'est plus si fréquente, langue rouge, sèche et lancéolée, decubitus plumbeus, pouls fréquent, plus développé qu'hier; respiration accélérée et incomplète, même état de l'abdomen, qui est encore légèrement tendu et ballonné. (*Catap. émoll. sur l'abdomen; diète sévère; même boisson; même prescription.*)

12. Peu de changement depuis hier; en outre, état comateux, rougeur de la face, diarrhée plus fréquente, pouls vif, accéléré et concentré; decubitus plumbeus, vers le soir le délire et la pyrexie augmentent. (*X sangsues aux tempes; du reste mêmes prescriptions.*)

13. Un peu mieux. Sommeil de quelques heures, l'état comateux a presqu'entièrement cessé, langue humide, mais brunâtre et lancéolée; face pâle, yeux moins hagards, stupeur moindre, intervalles lucides d'une demi-heure, pendant lesquels le malade accuse encore de la pesanteur et de la céphalalgie, mais à un degré moindre; toujours diarrhée, abdomen mou; la pyrexie est diminuée, le pouls fréquent et peu développé, respiration normale, etc. (*Sinap. à la nuque; mêmes prescriptions qu'hier moins les sangsues.*)

14. L'état comateux a cessé, le délire offre des intervalles lucides plus longs, la pyrexie est moindre, encore

quatre selles, langue humide et brunâtre, elle commence à se nettoyer sur les bords; soif moindre, pouls fréquent et mou, sueurs générales, les mouvemens volontaires sont lents et indolores, prononciation toujours lente, voix faible, etc. (*Sinap. à la nuque; mêmes prescriptions que le* 13.)

15 Octobre. Stupeur générale, le délire devient continu, insomnie, somnolence, soif, regard hébété, rougeur de la face, prononciation lente et difficile, pouls vif, fréquent et développé; quatre selles liquides, sécheresse et rougeur de la langue qui est lancéolée et frangée sur ses bords, decubitus plumbeus, etc. On a donné des alimens au malade. (*X sangsues aux tempes; catap. à l'abdomen; mucilagineux intérieurement, boisson mucil.*)

16. Amélioration sensible; sommeil de six heures, face pâle et composée, présence d'esprit, prononciation facile, voix sonore, langue brunâtre et humide, mais large à sa pointe et développée sur ses bords; encore quatre selles, toujours inappétence, pouls fréquent et mou, sueurs profuses, température du corps normale, etc. (*Catap. sur l'abdomen; mêmes prescriptions des mucil.*)

17. De mieux en mieux. Sommeil tranquille, encore trois selles liquides, langue humide et brunâtre qui se nettoye sur ses bords; l'appétit se fait sentir, le malade a déliré un moment vers le soir, pouls même qu'hier, plus de soif, etc. (*Idem; on accorde un peu de soupe au lait avec du riz.*)

18, 19 et 20. Idem. Absence de délire vers le soir, trois selles liquides, etc. (*R. Mucil. gg. Arab.* ℥ *iv, Syr. de Alth.* ℥ *is, Syr. pp. Rhea.* ℥ *s; toutes les deux heures une cuillère à soupe; on supprime les cataplasmes.*)

21. Sous l'influence de ce médicament et au moyen d'un régime approprié, le malade est entré en convalescence le 30 du même mois.

Observation LXXII. – *Marie Verdack*, âgée de 27 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique et robuste, travaillant à la journée, entre dans l'hôpital civil de Gand le 31 Octobre 1828, atteinte d'une gastro-entérite qu'on a déjà combattue avec succès par les saignées locales, les cataplasmes, les mucilagineux ainsi que la diète; le jour de son entrée, la malade offre les symptômes suivans: diarrhée, langue humide et rougeâtre, bien développée à sa pointe, et unie à ses bords; inappétence, pouls vif, accéléré et fréquent, abdomen légèrement ballonné et mou, douleur vive dans toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes et d'une pesanteur si grande que la malade déclare ne *pas pouvoir lever la tête;* néanmoins présence d'esprit, légère surdité, voix très-faible, prononciation lente et difficile, decubitus plumbeus, mouvemens des membres impossibles, douleur vive à la nuque et entre les épaules suivant le trajet de l'épine; chaleur brûlante et sèche au front, face rouge et bleuâtre, paupières entr'ouvertes, pupilles dilatées, cornée transparente injectée et brillante, soif, somnolence et pourtant insomnie, température très-élevée ainsi que sécheresse de la peau, respiration fréquente, accélérée et incomplète, urine rouge et limpide; la malade est difficilement réglée, et n'est pas mariée.

1 Novembre. (*IV sangsues aux narines; catap. abd. Mucilag. gg. Arab. ℥iv, Syr. de Alth. ℥is; diète.*)

2. Le sang a abondamment coulé; diarrhée moindre, mais du reste peu d'amélioration. (*XII sangsues aux tempes; mêmes prescriptions que le jour précédent.*)

3. A-peu-près même état qu'hier; assoupissement pendant le jour, délire vers le soir; il est impossible d'entendre les paroles de la malade, elle articule mal et très-lentement, membres flasques; la diarrhée persiste. (*Artériotomie de la temporale droite ℥xvi; fom. froides sur la tête; catap. au ventre, etc.*)

4 Novembre. Un peu mieux. La douleur de l'encéphale ainsi que les pulsations des tempes sont diminuées, la pesanteur persiste, insomnie, pas de sueurs. assoupissement plus grand vers le soir, léger délire, position horizontale sur le dos, tête un peu renversée en arrière, membres flasques, pouls toujours vif et fréquent, respiration entière; du reste même état que le jour précédent. (*XIV sangsues aux tempes; fom. froides sur la tête; catap. sur le ventre.*)

5. Un peu mieux. La pesanteur, la douleur de l'encéphale et les pulsations des tempes sont disparues au côté droit; la pupille droite est normale, sommeil de trois heures, sueurs générales mais légères, respiration bonne, pouls moins vif qu'hier; la pesanteur et la douleur persistent au côté gauche; la moitié correspondante de la face est encore rouge et animée, présence d'esprit, sensations externes moins obtuses, diarrhée moindre, langue humide, etc. (*Artériotomie de la temporale gauche; mêmes prescriptions qu'hier; diète.*)

6. Mieux. Sommeil de trois heures, sueurs profuses, présence d'esprit, encéphale parfaitement libre, face pâle et composée, pouls mou, fréquent et faible, deux selles liquides, langue humide et un peu rouge, température du corps normal, prononciation claire, voix sonore, appétit, mouvemens volontaires indolores et faciles, etc. (*Catap. abd. mucil.; soupe maigre.*)

7. De mieux en mieux. Une selle liquide, appétit vif, sueurs, plus de soif, pouls mou, faible et fréquent, etc. (*Soupe maigre: ptysane oxym.*)

8. Bien en tout. La diarrhée a cessé, sommeil naturel, etc. (*Ptysane oxym.: soupe grasse.*)

9, 10, 11, 12–27. Au moyen d'un régime convenable, la malade est sortie convalescente le 28 même mois.

Observation LXXIII. — *P. van Hoebroek*, âgé de 25 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, fileur de coton, entre dans l'hôpital civil de Gand le 10 Novembre 1828, malade depuis six jours et atteint de gastro-entérite produite par l'action du froid. On combat avec succès la maladie par tous les moyens antiphlogistiques qui sont à la disposition du médecin; *Van Hoebroek* entre en convalescence le 18 même mois, mais par une imprudence si fréquente dans ces sortes de cas, il fait un écart dans le régime, et tous les symptômes de la gastro-entérite se reproduisent; en conséquence on réapplique les mêmes moyens qui ont réussi la première fois, et on en continue l'application jusqu'au 1 Décembre suivant, jour auquel la maladie offre déjà une diminution remarquable. Voici les symptômes qui se manifestent presque subitement le 2 Décembre au matin: délire tranquille, regard hébété, dilatation des pupilles, audition obtuse, membres flasques, prononciation lente et très-pénible, voix presque normale, decubitus plumbeus, tête légèrement renversée en arrière, insomnie, somnolence, même assoupissement; face rouge, pâle, diarrhée, langue rouge, sèche et lancéolée, inappétence, pyrexie qui s'exaspère vers le soir; le délire devient plus continu à la même époque de la journée; pouls fréquent, vif et concentré, peau brûlante, tantôt sèche, tantôt couverte de sueurs; en même tems il y a toux légère, la respiration est un peu gênée. On emploie les saignées locales, les dérivans à la nuque et à la poitrine jusqu'au 12 même mois, le tout inutilement: car le malade succombe le même jour à 5 heures du soir.

13 Décembre. *Nécropsie.*

Marasme général au plus haut point.

Tête. 1°. Dure-mère saine. 2°. Arachnoïde opaque et blanchâtre sur-tout à sa portion qui enveloppe les

hémisphères du cerveau. Peu de serum dans le ventricule droit. Ventricule gauche plein de ce liquide évalué au poids de 4 à 5 onces. Même quantité à la base du crâne; celle qui s'écoule du tube rachidien de l'arachnoïde, est encore plus considérable: cette enveloppe est blanchâtre et opaque; substances du cerveau et du cervelet intactes.

Thorax. Hydropisie de la cavité gauche. Poumon gauche adhérent à sa plèvre respective. Cavité droite vide, poumon droit adhérent à la plèvre; son tissu est changé en une matière grisâtre et ichoreuse.

Abdomen. Légère collection de serum jaunâtre. Glandes mésentériques dures et gonflées. Muqueuse de l'estomac gangrenée et se détachant facilement des membranes sousjacentes. Intestins intacts; foie engorgé et volumineux.

Indépendamment de leur importance pathologique, puisqu'elles tendent à dévoiler la marche et le caractère de l'arachnoïdite aiguë consécutive, les observations LXX[me], LXXII[me] et LXXIII[me] sont encore intéressantes sous plusieurs autres rapports: en effet, la LXXII[me] reproduit le fait si remarquable et déjà si souvent indiqué dans le courant de cet ouvrage, que l'engorgement sanguin aigu et la phlegmasie de la séreuse encéphalique peuvent offrir plus d'intensité dans l'une moitié de l'encéphale que dans l'autre.

Quant aux LXX[me] et LXXIII[me], elles démontrent l'extension étonnante de l'inflammation aux diverses enveloppes du système séreux; nous n'insisterons pas long-tems sur ce point, vu que Morgagni (1) nous a laissé les histoires anatomico-pathologiques d'un grand nombre d'affections semblables coexistentes chez les mêmes individus; néanmoins il nous semble qu'il ne

---

(1) Ouvrage cité plus haut. Epist. VII, Art. 12-13.

sera pas inutile d'observer que la coexistence de la phlegmasie de la plèvre avec l'arachnoïdite aiguë est plus fréquente que la coëxistence de la péritonite avec la dernière; et en cela nos observations sont parfaitement d'accord avec celles de l'illustre médecin que nous venons de citer. Ceci étant posé, nous revenons à l'objet principal que nous devons traiter ici.

Le caractère propre à l'arachnoïdite aiguë secondaire, est de se manifester presqu'instantanément pendant le cours ou vers la fin d'autres inflammations; ou bien lorsque celles-ci étant presque victorieusement combattues, le malade est sur le point d'entrer en pleine convalescence; alors un léger écart dans le régime, l'action passagère du froid, ou la transition subite d'une température très-basse à une autre très-élevée; la fatigue produite parce que le malade est resté trop long-tems levé, finalement une passion même insignifiante de l'âme suffisent ordinairement pour faire paraître comme un coup de foudre, tous les symptômes de cette terrible phlegmasie: qu'on examine avec attention les observations que nous venons de rapporter, et l'on verra que l'arachnoïdite consécutive fait presque toujours explosion sans être précédée d'aucun signe qui annonce au moins la formation insensible de la congestion sanguine aiguë; dans ce cas, la maladie encore existante, ou la débilité, effet immédiat de l'emploi des moyens propres à combattre celle-là, augmente la disposition à contracter une phlegmasie laquelle dans son état de simplicité, offre déjà une marche extrêmement aiguë et souvent mortelle au bout de quelques jours: c'est pourquoi l'expérience du passé nous a rendu très-défiant chaque fois que pendant le cours de maladies graves, soit de la poitrine, soit de la cavité abdominale, ou lors de la convalescence, le sujet devient triste, mélancholique et rêveur; qu'il commence à se plaindre de

céphalalgie, de somnolence, d'insomnie et de pesanteur à la tête; ou que les facultés intellectuelles se troublent et que le patient offre un regard hébété, un air étonné et indifférent; tous ces symptômes réunis, ou au moins plusieurs d'entr'eux sont pour nous des signes qui décèlent l'arachnite secondaire: mais dans ce cas l'état des forces vitales, ou la coëxistence d'une autre maladie grave nous a paru modifier quelquefois la valeur diagnostique de quelques signes très-importans dans l'arachnoïdite primitive: ainsi la rigidité des membres et sur-tout des thoraciques, la roideur du col sont souvent très-faibles, ou bien n'existent pas du tout, comme nous l'avons déjà remarqué plus haut.

Appuyé sur les observations multipliées que nous avons recueillies, nous croyons pouvoir admettre que l'inflammation secondaire de la séreuse cérébrale est plus fréquente qu'on ne le croirait au premier apperçu. En effet, on voit très-souvent des malades réduits au dernier degré de marasme par des phlegmasies chroniques des poumons, de la muqueuse intestinale, etc., offrir quelques jours avant le terme fatal, plusieurs des signes qui annoncent cette affection secondaire, tels que le trouble des fonctions intellectuelles et des sensations externes; chez d'autres les convulsions des membres et du tronc précèdent la mort. On peut objecter que toutes ces aberrations d'action de la portion centrale du système nerveux doivent être plutôt attribuées à la faiblesse générale, compagne fidèle des maladies qui ont épuisé toute l'économie vivante; mais cette objection est plus rarement fondée qu'on ne pense, lorsqu'on consulte l'état de l'arachnoïde cérébrale aprés le décès des individus qui ont succombé à l'une ou l'autre maladie chronique, et qui ont offert quelques jours avant la terminaison funeste les signes déjà indiqués; alors on pourra

juger que notre assertion est loin d'être hasardée. Nous pensons que l'ignorance dans laquelle on a vécu jusqu'ici sur ce point, est due au défaut de recherches relatives aux lésions, dont peut être atteinte l'arachnoïde encéphalique par suite d'autres affections mortelles, qui ont déjà été soumises à des perquisitions exactes pour découvrir leur siége et leur anatomie pathologique; tandis que l'on comprend rarement dans ces perquisitions l'encéphale et ses dépendances. Au reste, les observations précitées nous en fournissent déjà des preuves incontestables, auxquelles nous pourrions en ajouter un grand nombre d'autres, si nous ne craignions de passer les limites d'un traité tel que celui-ci.

SECTION SEPTIÈME.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

D'après les observations qui précèdent et celles recueillies par les auteurs qui ont décrit l'inflammation aiguë de l'arachnoïde cérébrale, les lésions organiques qu'on rencontre dans cette enveloppe après la mort, sont les suivantes :

1°. Rougeur du tissu.

2°. Suppuration.

3°. Epanchement séreux ou seroso-sanguin dans les ventricules cérébraux, à la face convexe des hémisphères, ou à la base du crâne.

4°. Epaississement et perte complète de sa transparence.

5°. Secrétion morbide et collection de matière gélatiniforme.

6°. Formation de fausses membranes.

7°. Entre-adhérence de l'arachnoïde avec ses divers

prolongemens, c'est-à-dire dans les endroits où elle tapisse la face interne de la dure-mère, et dans ceux où ses portions distinctes sont contigues entr'elles, ou à la pie-mère.

Les diverses lésions que nous venons d'indiquer, n'existent pas toujours isolément; au contraire elles peuvent se combiner entr'elles de différentes manières, et coexister avec l'encéphalite, l'apoplexie, etc.; il en est de même de leur étendue: comme la plèvre et le péritoine, l'arachnoïde cérébrale offre des phlegmasies aiguës partielles, et les médecins qui ont souvent eu l'occasion d'observer cette maladie, ont pu s'assurer qu'elle attaque de préférence telle portion de la séreuse encéphalique à telle autre, et montre ainsi une sorte de prédilection que les phénomènes observés pendant la vie ne font pas toujours découvrir.

La rougeur inflammatoire (1) de l'arachnoïde est rarement générale; le plus souvent elle occupe une portion plus ou moins considérable de cette membrane qui tapisse la face convexe, ou la face inférieure des hémisphères; nous ne l'avons jamais rencontrée à la base de l'encéphale, assez rarement dans le tissu de la portion cérébelleuse. Néanmoins il est bon d'observer qu'on peut facilement être induit en erreur à l'égard de ce phénomène morbide, en confondant l'épanchement sanguin qui se fait quelquefois à l'une des surfaces de cette membrane, avec l'injection inflammatoire des vaisseaux qui rampent dans son tissu; mais on évite l'erreur en suivant le procédé proposé par Parent-Duchatelet et Martinet (2). D'ailleurs ces vaisseaux ont été déjà observés

(1) Voyez cependant Comment. Swietenii. Tom. II. § 775, pag. 604, in-4. L.-Bat., 1745.

(2) Ouvrage cité plus haut, p. 68.

par Fodéré (1) et Meckel (2) ainsi que par Voigtel (3). Soëmmering (4) est allé plus loin, puisqu'il les a remplis de matière rouge. Les médecins français déjà cités, ont observé cette coloration en rouge dans la portion intra-ventriculaire de l'arachnoïde qui revêt la cavité des ventricules latéraux. Jusqu'aujourd'hui nous n'avons pas rencontré le même phénomène dans la portion cérébelleuse de l'enveloppe séreuse encéphalique.

La suppuration est assez fréquente comme le démontrent les observations de Bonnet, Morgagni, Voigtel, Meckel, etc.; nous avons aussi recueilli quelques faits analogues, et entr'autre celui qui porte le n° LXVIII, où elle s'est étendue à toute l'enveloppe séreuse des hémisphères; la lymphe coagulable formait un certain nombre de plaques assez étendues, placées entre le feuillet arachnoïdien des hémisphères et celui de la dure-mère; sa couleur était d'un beau jaune. Chez d'autres sujets nous avons trouvé du pus liquide, diffluent, jaunâtre, en tout semblable à la matière puriforme qui s'accumule pendant la phlegmasie aiguë de la plèvre ou du péritoine; dans ce cas nous avons cru remarquer que la suppuration s'étend quelquefois jusqu'à l'enveloppe du cervelet, soit que l'arachnoïdite soit primitive ou consécutive.

L'épanchement séreux nous a paru plus fréquent que la suppuration. Le foyer de l'épanchement varie beaucoup; tantôt ce sont les ventricules latéraux ou l'un d'eux seulement, tantôt c'est la base du crâne, ou bien l'espace à la vérité très-borné entre le feuillet arachnoïdien de la face convexe des hémisphères, et celui de la dure-mère, contigu au premier. Enfin tous les

(1) Physiol. Posit. Tom. II. p. 6.
(2) Handbuch der pathologischen Anatomie. B. III. p. 205.
(3) Handb. der path. Anat. B. II. p. 15.
(4) Même ouvrage.

ventricules du cerveau, du cervelet et de la moëlle allongée peuvent être remplis à la fois de sérosité.

Le liquide épanché est limpide dans certains cas, lactescent et trouble dans d'autres, rougeâtre et sanguinolent dans d'autres encore; comme le prouvent les observations des médecins cités plus haut, et celles que nous avons rapportées nous-même; mais nous sommes loin d'admettre l'opinion de Pinel (1), qui prétend que la collection de serum limpide ou lactescent est souvent le résultat du passage de l'arachnite aiguë à la chronicité. Néanmoins comme cette collection morbide se forme très-souvent pendant la phlegmasie aiguë de la plèvre ou du péritoine; l'analogie nous autorise à admettre son existence dans le crâne comme effet immédiat de l'arachnoïdite aiguë sous certaines conditions que nous ignorons absolument; d'ailleurs l'opinion de l'illustre médecin français est contraire à l'observation. C'est encore à l'existence de cet épanchement si souvent rencontré après la mort des personnes qui avaient succombé à l'arachnoïdite cérébrale aiguë ou chronique, que l'on doit la distinction de l'apoplexie en *sanguine* et *séreuse*, établie par les anciens; distinction d'autant plus fausse qu'elle est basée sur l'existence d'un phénomène morbide qui a sa source dans la phlegmasie aiguë ou chronique, primitive ou secondaire susmentionnée; ainsi on a confondu l'effet pathologique d'une maladie avec celui d'une autre (l'apoplexie) laquelle en diffère essentiellement. L'erreur a pris son origine dans l'apparition de quelques symptômes, qui se manifestant peu de jours avant le terme fatal, chez les malades atteints d'arachnoïdite cérébrale mortelle, indiquent un certain degré de compression de l'encéphale: on pourrait également con-

(1) Nosogr. philos. Vol. II. p. 383.

fondre l'hydrothorax aigu avec l'empyème, résultat de la suppuration du tissu viscéral pulmonaire, parce que dans ces deux maladies la respiration est gravement lésée. L'apoplexie reconnait un autre siége et admet une autre cause bien différente; nous en parlerons plus bas.

L'épaississement total ou partiel de l'arachnoïde encéphalique accompagné de la perte de sa transparence, est encore un effet de l'inflammation aiguë primitive ou consécutive. « Quandoque accidit, écrit Van Swieten (1), » cerebri membranas, inprimis sæpius phrenitidem » passas, crassas, duras et quasi subschirrosas fuisse." A cet égard, nos observations sont encore parfaitement d'accord avec celles de Parent-Duchatelet et Martinet, de Willan (2), de Marshal; Rosenthal (3) et les frères Wenzel (4) ont souvent trouvé épaissies les duplications de l'arachnoïde qui séparent les couches des nerfs optiques d'avec les corps cannelés, à la suite de la phlegmasie en question. Finalement Cuveilhier (5) observe que la couleur lactescente et opaque est propre aux membranes séreuses, plus ou moins endurcies; d'ailleurs toutes les séreuses enflammées nous fournissent à cet égard des preuves peremptoires; l'arachnoïde encéphalique peut quelquefois offrir cette couleur morbide sans épaississement.

Comme nous l'avons déjà dit de l'étendue des lésions de tissu qui se rencontrent dans cette enveloppe séreuse après la mort, l'épaississement offre beaucoup de variations; souvent ce sont les portions qui recouvrent la face

---

(1) Comment. in Boerhavii aphor. Tom. II. p. 604. edit. V.
(2) Archiven von Horn. Juillet-Août, 1821. p. 8.
(3) Même ouvrage. Mai-Juin, 1818. p. 408.
(4) Ouvrage cité plus haut. p. 82 et suiv.
(5) Essai sur l'anatomie pathol. Tom. I. p. 114 et suiv.

convexe des hémisphères, moins souvent celle de la base du cerveau et du cervelet, qu'on rencontre plus épaisses que dans l'état normal, et dépouillées de leur transparence naturelle.

La *secrétion de matière gélatiniforme* déjà observée par Morgagni, Soëmmering, Parent-Duchatelet et Martinet, est également un effet de l'inflammation qui fait le sujet de nos recherches; jusqu'aujourd'hui nous avons rarement rencontré cette concrétion gélatiniforme, qui, selon l'opinion de Voigtel et Soëmmering, fournit les premiers matériaux nécessaires à la formation des fausses membranes, ce qui nous parait très-probable. Les médecins français déjà cités (1), comparent cette production morbide à la substance qu'on trouve dans quelques tumeurs enkystées des ovaires; ils l'ont souvent rencontrée à la convexité et à la base de l'encéphale, notamment dans le voisinage du carré des nerfs optiques; elle occupe un espace très-limité, et offre 2 à 3 lignes d'épaisseur; il paraît que son organisation est cellulaire, et que la matière gélatiniforme est déposée dans les mailles de son tissu. N'y a-t-il pas quelque ressemblance entre ce produit d'une secrétion morbide et la substance gélatiniforme nageant par flocons dans le serum limpide, accumulé sur-tout dans la cavité du péritoine à la suite d'une phlegmasie aiguë qui a envahi l'une ou l'autre portion de cette séreuse abdominale?

D'autres productions morbides mieux organisées, résultat de l'arachnoïdite aiguë primitive ou secondaire, sont les *fausses membranes;* Morgagni (2) nous a laissé l'histoire d'un cas, où la fausse membrane offrit un tissu organisé, tout-à-fait analogue à celui de la plèvre.

---

(1) Ouvrage cité. p. 71.
(2) Epist. VII. Art. 2 et 3.

Gardien (1) a trouvé des productions membraniformes morbides dans la portion de l'arachnoïde qui répond aux circonvolutions des hémisphères. Hoffmann (2) fait mention de concrétions polypeuses de cette enveloppe, qui selon notre manière de voir, appartiennent sans doute à la classe des pseudo-membranes. Soëmmering (3) les trouva quelquefois qui offraient une couleur jaunâtre, et étaient épaissies, diaphanes et vasculeuses; Parent-Duchatelet et Martinet (4) réussirent à les injecter par le mercure. Elles sont presque toujours placées entre la dure-mère qui couvre la surface convexe des hémisphères cérébraux et le feuillet correspondant de la séreuse, où nous les avons quelquefois rencontrées; on peut facilement les enlever en raclant doucement avec le scalpel leur surface convexe, la masse encéphalique restant en place. Cuveilhier (5) rapporte deux histoires anatomico-pathologiques, où les fausses membranes étaient placées entre l'arachnoïde et la pie-mère cérébrales. Nous ne les avons jamais trouvées ni au cervelet, ni à la base de l'encéphale : ainsi comme l'inflammation de la plèvre et du péritoine, celle de la séreuse encéphalique produit des concrétions membraniformes analogues au tissu générateur.

Finalement *l'adhésion morbide* des enveloppes susmentionnées entr'elles, peut aussi être le résultat de cette terrible phlegmasie; elle est assez fréquente, et s'observe plus facilement aux endroits de l'encéphale où dans l'état normal la pie-mère reste séparée de la séreuse, et notamment à sa base. Nos observations nous offrent

---

(1) Diction. des sciences médicales. Art. Membranes.
(2) Medicinæ rationalis systema. Tom. II. p. 280.
(3) Voigtel, ouvrage cité. p. 14.
(4) Ouvrage cité. p. 71.
(5) Ouvrage cité. Tom. I. p. 114.

aussi quelquefois l'adhésion des feuillets qui couvrent les faces internes et contigues des hémisphères; ou bien la lame, qui couvre ces mêmes hémisphères, adhère par des productions filamenteuses, ou bien encore par des éminences albumineuses coagulables à la lame arachnoïdienne qui tapisse la surface encéphalique de la dure-mère. Ce n'est pas tout, Morgagni (1) rapporte deux observations d'arachnoïdite cérébrale, où toutes les membranes étaient entr'adhérentes. Esquirol (2) a laissé une histoire semblable rapportée par Meckel, où les parois des ventricules latéraux avaient contracté adhérence avec les corps cannelés. Enfin Boehmer (3) a rencontré la même entr'adhérence de toutes les enveloppes, elle est néanmoins plus rare dans les portions qui recouvrent le cerebellum.

La phlegmasie aiguë ne se borne pas toujours à l'une ou l'autre partie, ou bien à la totalité de l'arachnoïde cérébrale; laissant de côté les anomalies qu'elle offre à cet égard, et qui lui sont communes avec les phlegmasies des autres séreuses; et nous appuyant sur l'observation, nous osons avancer qu'elle se propage dans certains cas jusqu'à l'arachnoïde spinale, et envahit le tissu de celle-ci dans une étendue variable, qui peut même comprendre tout le tuyau formé par cette membrane; sa rougeur, son épaississement et l'épanchement remarquable qu'on trouve après la mort, mettent cette assertion hors de doute. Ainsi peut s'expliquer d'une manière probable le renversement de la tête en arrière par la roideur tétanique des muscles postérieurs du cou, la rigidité des membres supérieurs, les douleurs aiguës et constantes accusées par les malades dans tout le trajet de l'épine ou dans une

(1) Epist. IX. art. 25. Epist. LXII. art. 25.
(2) Deutschen archiv. fur die physiologie. B. V. nº 2. p. 304.
(3) Observat. anatomic. rarior Fascic. I. obs. 29.

portion de celle-ci, lorsque les facultés intellectuelles restent encore intactes.

Enfin, comme nous le prouverons ailleurs, l'arachnoïdite aiguë consécutive et ses suites surviennent très-souvent lorsque l'encéphalite a déjà duré long-tems, et produit la désorganisation de la substance du cerveau; à l'égard duquel elle offre les mêmes rapports que les autres phlegmasies du parenchyme viscéral, qui finissent par se propager jusqu'aux enveloppes séreuses et déterminent un épanchement mortel.

Nature de la maladie. La nature de l'affection qui nous a occupé jusqu'ici, est évidemment inflammatoire. Ce que démontrent 1° les symptômes locaux et généraux ou la pyrexie; 2° les causes occasionnelles qui sont toujours irritantes; 3° les lésions organiques du tissu arachnoïdien, l'épanchement de matière séreuse, limpide, lactescente, seroso-sanguinolente et enfin puriforme, tel qu'on l'observe dans les cadavres de ceux qui ont succombé à des phlegmasies aiguës d'autres portions du système séreux; 4° enfin le traitement même qui consiste toujours dans l'application de moyens débilitans tels que la saignée générale et locale, la diète, la soustraction de l'action de la lumière, etc.

Siège de la maladie. Tous les médecins depuis Hippocrate jusqu'à Frank (1), ont confondu sous le nom commun de *phrenitis* ou d'*encephalitis*, l'inflammation des différentes parties contenues dans la cavité du crâne; Boerhave (2) distingue la phrénésie en *vraie* et *symptomatique;* cette dernière est produite par une cause qui, pendant le cours d'une autre inflammation, attaque

(1) Praxeos medicæ præcepta universa partis secundæ volum. prim. cap. III. p. 211.

(2) Comment. Van Swieten. Tom. II. § 771 et sqq. p. 579-605 et sqq.

l'encéphale; il paraît que cet illustre médecin n'a pas séparé l'encéphalite de l'arachnoïdite, parce que les nécropsies offrent toujours, selon lui, la coëxistence de ces deux phlegmasies: son commentateur Van Swieten avoue cependant que la céphalalgie est un signe de l'inflammation des méninges, puisqu'il n'y a plus de douleur quand la pulpe cérébrale est affectée. Du reste, il est très-embarrassé pour assigner dans le plus grand nombre des cas, laquelle des enveloppes cérébrales est principalement affectée.

Cullen (1), comme beaucoup d'autres praticiens, a suivi les idées et les opinions de Boerhave; il est allé plus loin, et prétend que la *phrénésie idiopathique* est très-rare, et que du reste il n'y a pas de symptômes caractéristiques pour découvrir pendant la vie le siège de la phrénésie, c'est-à-dire de l'inflammation dans telle ou telle des enveloppes cérébrales: il divise la frénésie en *idiopathique* et *sympathique*. Il ne faut pas s'étonner de la confusion qui existait à l'égard de ce point de théorie médicale vers l'époque où ces écrivains ont publié leurs écrits; car, comme Cullen l'observe très-judicieusement, les symptômes exposés par Sauvages, ne sont ni assez distinctifs ni confirmés par les nécropsies parce que les faits manquaient alors et que l'anatomie générale n'existait pas encore. Le premier qui a commencé a fixer son attention sur la phlegmasie isolée de l'arachnoïde, est Pinel (2); mais il expose son opinion avec une réserve digne d'un observateur aussi célèbre. Toutefois il rassemble les faits relatifs à cette maladie qu'il a trouvés dans les écrits de ses dévanciers, afin d'attirer l'attention des praticiens sur le siège long-tems méconnu d'une inflammation, dont les suites sont incalculables.

(1) Elémens de médecine pratique, trad. par Bosquillon. Paris, 1785. in-8. Tome I. chap. IV. pag. 227.

(2) Nosograph. philos. Tom. II. 6me éd. 1818. page 393 et suiv.

De nos jours l'important travail de Parent-Duchatelet et de Martinet a beaucoup contribué à jeter une lumière très-vive sur le diagnostic de l'arachnoïdite aiguë. Placé dans une position avantageuse, nous avons tâché de fournir notre contingent à la science. Nous allons présenter quelques réflexions relatives à la possibilité de reconnaître pendant la vie aux moyens des symptômes qui se manifestent, le siège limité de cette inflammation, lorsqu'elle affecte telle ou telle portion de la membrane séreuse. Dans l'état actuel de nos connaissances nous pensons qu'il n'est guères possible d'acquérir ce diagnostic au lit du malade; car nous croyons avoir observé qu'à l'instar des autres enveloppes séreuses, l'arachnoïde éprouve plus fréquemment des inflammations partielles que totales; en outre lorsque l'une ou l'autre plèvre est enflammée, les symptômes locaux bornés au côté du thorax correspondant, la percussion de ses parois ainsi que l'application du sthétoscope nous font découvrir jusqu'à un certain point les limites dans lesquelles l'inflammation est comprise. Si la même affection fixe son siège dans l'une ou l'autre portion de la séreuse abdominale; indépendamment des symptômes accusés par le malade, les parois antérieures de l'abdomen offrent des mutations morbides que le toucher découvre facilement, et dont la connaissance établit le diagnostic d'une manière prompte et facile: malheureusement il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de l'arachnitis aiguë; 1° parce que les moyens d'investigations ci-dessus indiqués nous manquent absolument; 2° les facultés intellectuelles du malade sont plus ou moins troublées, il s'exprime difficilement, et par conséquent ne peut assigner le point de l'encéphale, où les symptômes offrent le plus d'intensité; 3° quoique l'ensemble des symptômes qui se manifestent pendant la vie, indiquent assez clairement le siège de l'inflam-

mation, cependant ils n'en dévoilent pas les limites d'une manière nette et précise, malgré les efforts des médecins français cités plus haut (1); 4° souvent l'arachnitis aiguë de la convexité de l'encéphale se borne aux feuillets des hémisphères, tandis que ceux du cervelet restent intacts; 5° l'arachnitis aiguë de la séreuse externe est presque toujours combinée avec celle de l'intra-ventriculaire; tous ces points résultent de l'observation anatomico-pathologique. D'ailleurs, avec l'attention la plus scrupuleuse, nous n'avons jamais pu, durant le cours de cette phlegmasie, distinguer nettement celle de la *base* d'avec celle de la *convexité*. Il nous a toujours semblé que les symptômes considérés comme diagnostiques par les deux écrivains cités, sont trop inconstans pour indiquer par leur manifestation les diverses régions que la maladie occupe; d'autant plus qu'ils varient trop suivant l'âge et la constitution des malades et la nature de la cause excitante.

Si la phlegmasie de la séreuse se bornait toujours à une portion unique et déterminée, en notant les symptômes qui paraissent durant son cours, et quand la mort survient, en comparant l'étendue de la lésion du tissu avec le facies morbi, on pourrait découvrir au juste les limites que l'inflammation ne dépasse pas dans des circonstances posées; mais la nature ne suit pas cette marche, la science n'est pas encore arrivée au degré de perfection dont elle est susceptible, et jusqu'aujourd'hui nous devons nous contenter de découvrir simplement le siège de la maladie, sans pouvoir fixer d'avance l'étendue qu'elle occupe.

Et cependant les notions que nous avons acquises sur les diverses lésions du tissu arachnoïdien, comme effets de son inflammation aiguë, sont de la plus haute importance.

(1) Ouvrage cité, page 207-268.

En effet elles contribuent à déterminer la nature de la maladie, rendent compte de plusieurs phénomènes morbides qui apparaissent à une certaine époque de son cours et annoncent toujours une terminaison fatale; elles expliquent plusieurs symptômes qui, sans elles, sont absolument inintelligibles; enfin elles indiquent au médecin les moyens les plus convenables pour obtenir la guérison d'une phlegmasie très-souvent funeste quand on ne l'arrête pas à son début.

Durée. La durée de l'arachnitis aiguë et primitive est très-variable. Avant d'exposer ce que l'observation clinique nous a appris à cet égard, nous croyons devoir faire quelques réflexions préliminaires qui expliquent jusqu'à un certain point les variations que le cours de cette maladie présente.

En premier lieu, il arrive fréquemment que lors de leur entrée à l'hôpital, les malades en proie à cette phlegmasie, ne peuvent plus indiquer au juste le moment de son invasion, sur-tout quand sa marche a été lente: car alors la maladie ne les empêchant pas de vaquer à leurs occupations, ils ont commencé par la négliger, et ils ne comptent sa durée que depuis le jour qu'elle leur a interdit toute espèce de travail. Ou bien, ils réclament du secours, quand, ayant atteint son point culminant, elle a troublé leurs facultés intellectuelles. Les personnes qui conduisent le patient à l'hôpital, ne savent pas toujours donner des renseignemens exacts, oublient ou cachent à dessein les causes excitantes qui ont précédé. Ensuite l'imprudence et l'indocilité, tant du malade que de ceux qui l'entourent, retardent quelquefois, ou même empêchent la guérison qui s'annonce comme très-prochaine: ainsi un écart du régime, une émotion vive de l'âme, une conversation trop animée, et enfin la fatigue, suite nécessaire du lever trop long-tems prolongé, con-

tribuent singulièrement à reculer le moment si vivement désiré de la convalescence. Abstraction faite de toutes les causes que nous venons d'énumérer, appuyé sur les observations de nos devanciers et sur celles qui nous sont propres, nous osons avancer que l'arachnoïdite aiguë primitive achève régulièrement son cours dans l'espace de 10 à 35 jours, terme qu'elle n'a jamais dépassé, soit qu'elle se termine par la résolution ou par la mort. En ce point nous sommes parfaitement d'accord avec Parent-Duchatelet et Martinet (1). Quant à l'arachnoïdite consécutive sa marche est ordinairement plus rapide : elle se prolonge rarement jusqu'au onzième jour.

En traçant l'histoire de cette phlegmasie, les médecins français que nous venons de citer, ont cru reconnaître trois périodes distinctes basées sur un ordre de symptômes particuliers (2); ils assignent à chacune d'elles un espace de tems limité, et ils indiquent successivement les jours de passage d'une période à la suivante. Cette division par périodes nous semble avoir de graves inconvéniens. 1° Parce qu'il y a peu de maladies qui offrent une division bien nette dans l'ensemble de leurs symptômes, leur marche étant une et continue. 2° L'analogie se refuse à admettre une pareille scission; les inflammations aiguës des autres portions du système séreux nous fournissent à cet égard des exemples frappans de vérité. 3° Dans le cours de l'arachnitis aiguë l'observation repousse encore la division établie par ces écrivains, et pour s'en convaincre il suffit de jeter les yeux sur les faits rapportés sous les nos 2, 3, 4, 5 et 6, dans l'ouvrage mentionné; où les périodes ne s'y suivent plus, leur succession est totalement interrompue, et quelquefois intervertie, parce que l'apparition des symptômes

(1) Ouvrage cité, p. 21.
(2) Idem, p. 22-25.

s'éloigne de la marche qu'on avait cru pouvoir indiquer. D'ailleurs, qu'est-ce qu'une période de quelques heures?

Comme les faits prouvent que l'invasion de l'inflammation de la séreuse cérébrale est quelquefois brusque et instantanée, d'autres fois lente, latente et insidieuse, tellement que les observateurs les plus habiles ne reconnaissent son existence que lorsque le tissu de l'arachnoïde est déjà désorganisé; et qu'enfin la succession des symptômes n'est assujétie par la nature à aucune époque fixe, nous pensons que la division en périodes n'est pas conforme à l'observation, au moins pour le plus grand nombre de cas, et que par conséquent elle est inutile. Les phénomènes de la vie dans l'état normal ou anormal ne se manifestent que sous certaines conditions que la nature a posées; la marche de ces phénomènes et leur apparition ne changent que lorsque les conditions sous lesquelles ils sont produits, viennent à changer: ainsi quand l'arachnoïdite aiguë sous l'influence de laquelle les symptômes diagnostiques se manifestent, passe à l'état d'épanchement séreux, seroso-sanguinolent, puriforme, etc. excepté quelques symptômes dépendans de l'inflammation qui dure encore, le facies morbi est bien différent de ce qu'il était, parce qu'il est survenu une mutation morbide très-notable dans le tissu arachnoïdien, qui, auparavant était seulement atteint d'inflammation, ou pour parler le langage des anciens médecins, *la cause prochaine de la maladie est changée.*

Tels sont les motifs qui, dans la description de l'arachnitis aiguë, nous ont engagé à ne point diviser le tableau de ses symptômes, mais à faire l'exposé pur et simple de ceux qui la caractérisent, et de ceux dont la succession aux premiers annoncent une terminaison funeste soit par la mort, soit par la chronicité, toujours suivie d'aliénation mentale.

Terminaison. Comme toutes les phlegmasies des membranes séreuses, l'arachnitis se termine par résolution, suppuration, adhésion, épanchement séreux, seroso-sanguinolent, etc. La seule terminaison favorable est la résolution qui s'annonce toujours par la disparition successive de tous les symptômes et le retour à l'état de santé. On peut obtenir la résolution quand on combat promptement la maladie lorsqu'elle est encore à son début, ou bien quand la nature excite des évacuations critiques abondantes, telles que l'épistaxis, les hémorrhoïdes, les règles chez les femmes, ou finalement les sueurs profuses et uniformes, sur-tout si elle éclate subitement à la suite de la suppression des menstrues, des hémorrhoïdes, etc.

Quand l'arachnoïdite aiguë primitive ou consécutive est l'effet immédiat de la répercussion ou métastase d'une phlegmasie éruptive existante à la peau, de la suppression intempestive d'un ulcère habituel ou d'un cautère, elle se résout assez facilement si on la combat par des moyens convenables en même tems qu'on rappelle l'affection, où l'écoulement artificiel a son siège primitif; quant à celle qui naît d'une cause mécanique, les lésions qui l'accompagnent, telles que commotion du cerveau, fracture et fissure du crâne, plaies du cuir chevelu, forment des complications qui impriment à la maladie un caractère si violent et si aigu, qu'elle se termine en peu de tems par un épanchement mortel.

Les autres espèces de terminaisons sont toujours mortelles, parce que nous n'avons pas des moyens pour détruire les effets morbides qui en sont les suites. Si l'épanchement se forme, il est régulièrement annoncé par tous les symptômes qui indiquent une compression cérébrale, mais qui ne décèlent pas d'une manière précise la nature du fluide épanché. Dans certains cas, à la

vérité assez rares, on observe un écoulement sanguineo-purulent par les narines ou les oreilles, peu d'heures avant le moment fatal, ou lorsque le malade a déjà succombé.

L'arachnitis aiguë peut devenir chronique; ce passage dépend souvent ou de rechûtes fréquentes, ou bien de l'application souvent répétée de la même cause qui, après un laps de tems, peut devenir prédisposante et occasionnelle tout à la fois; tel est souvent le cas des individus qui abusent des liqueurs spiritueuses, des plaisirs vénériens, etc. On prévoit cette transition à la chronicité, quand après l'application des moyens thérapeutiques appropriés, la phlegmasie diminue mais ne cesse pas, quand la pyrexie persiste et que les facultés intellectuelles ne reviennent pas à leur état normal. Dans cette supposition, la perte de la raison en est toujours la suite nécessaire (1).

Causes prédisposantes. On peut mettre au rang des causes prédisposantes de l'inflammation de la séreuse cérébrale l'âge, le sexe, le tempérament et certains modificateurs externes qui prédisposent seulement par une action nuisible souvent et long-tems répétée, soit sur le cerveau directement, soit sur la muqueuse gastro-intestinale avec laquelle il est lié par une sympathie très-évidente. Ne peut-on pas aussi considérer comme étant capables de former cette prédisposition, certaines maladies inflammatoires auxquelles l'arachnoïdite succède très-fréquemment? Ainsi l'encéphalite du tissu cérébral, les tubercules qui s'y développent, l'hémorrhagie cérébrale (apoplexie) et ses suites, les phlegmasies des autres membranes séreuse, dermoïde, muqueuse nous paraissent concourir d'une manière très-efficace à rendre le corps de

(1) V. Bayle, Maladies du cerveau et de ses membranes. Paris, 1826. in-8.

l'homme malade très-apte à contracter cette formidable affection.

Age. Il paraît que tous les âges de la vie depuis la naissance jusqu'à 80 ans (1), peuvent être affectés de l'arachnitis aiguë; néanmoins elle attaque moins fréquemment les individus qui comptent déjà le premier septennaire; elle épargne moins ceux qui ont déjà atteint leur huitième année et plus tard jusqu'au déclin de la vie (60 ans); on peut difficilement établir quelle influence la jeunesse ou la virilité exerce sur le développement plus ou moins rapide de l'inflammation dont il s'agit. Au-delà du dernier terme elle est presque toujours consécutive et succède à l'hémorrhagie cérébrale, au ramollissement du tissu du cerveau ainsi qu'aux autres mutations morbides diverses qui surviennent dans la substance de cet organe.

Nous devons encore ajouter à toutes ces considérations qu'au premier septennaire de l'existence de l'homme, les sujets issus de parens scrophuleux, les enfans qui montrent une intelligence précoce, qu'on oblige de s'occuper d'études trop au-dessus de leurs facultés intellectuelles; ceux dont l'éducation est très-sévère, ceux chez qui la dentition est orageuse et difficile, ou enfin ceux auxquels on prodigue les narcotiques et le vin, sont singulièrement disposés à contracter l'arachnoïdite aiguë. Chez les adultes de différens âges, la prédisposition à l'inflammation de la séreuse cérébrale est le résultat d'émotions vives qui laissent des traces profondes dans l'âme; telles sont l'amour propre offensé, l'amour malheureux, l'ambition déçue, les chagrins cuisans et concentrés; ou bien elle est produite par l'excès des boissons spiritueuses et des plaisirs vénériens, les longues contentions d'esprit, etc.

---

(1) Frank, Praxeos medicæ præcepta universa. — Parent-Duchatelet et Martinet, ouvrage cité.

Sexe et tempérament. Nous n'avons pas des données assez positives pour établir que le sexe exerce une grande influence sur la production de l'inflammation qui nous occupe. Les observations basées sur le calcul, recueillies par les médecins français déja si souvent cités, semblent faire présumer que les hommes y sont plus disposés que les femmes. Nous ne pouvons rien ajouter relativement à la constitution des hommes considérée en général; à cet égard nous croyons pouvoir invoquer les préceptes généraux posés par l'observation et l'expérience quant aux autres phlegmasies des membranes séreuses.

Causes excitantes. On peut les diviser en deux classes, la première comprend celles appelées *mécaniques*, parce qu'elles produisent toujours dans le tissu de l'encéphale et de ses dépendances des solutions de continuité, ou bien un trouble instantané, tel qu'il peut y déterminer un afflux de sang, et par suite l'arachnitis; de ce genre sont: la commotion du cerveau, les plaies et les contusions à la tête, les fractures et fissures du crâne, la séparation de la dure-mère avec épanchement limité de sang ou de serum.

La seconde renferme les causes dites *dynamiques*, parce que leur action a pour effet une exaltation de la vitalité des tissus encéphaliques, qui amène l'état inflammatoire du tissu arachnoïdien; P. J. Frank (1) prétend que la maladie est rarement produite par ces causes; il croit qu'elle ne doit son origine qu'aux lésions mécaniques; son opinion est contraire à l'observation.

Les causes dynamiques qui chez les jeunes sujets développent l'arachnoïdite aiguë, sont: la terreur, le froid vif, l'abus des narcotiques, l'usage prématuré du vin, la métastase d'une maladie éruptive de la peau, les changemens brusques de l'atmosphère. Chez les adultes

(1) De curandis hominum morbis epitome. Lib. II. p. 43.

ce sont : la terreur, la colère, l'amour malheureux, l'ambition déçue, les chagrins cuisans, la continence, l'abus des spiritueux et des plaisirs vénériens, l'insolation, les passages rapides de la température atmosphérique, la suppression subite des règles chez les femmes, celle des hémorrhoïdes, d'un cautère, la guérison intempestive de dartres, ou d'ulcères habituels; certains poisons entre lesquels les narcotiques et les narcotico-acres tiennent le premier rang; finalement la disparition de la goutte et de l'érésypèle, sur-tout quand celui-ci occupe la face.

Prognostic. Le prognostic est toujours dangereux, autant à cause de l'importance de la portion centrale du système nerveux, qu'à cause de la terminaison si souvent funeste de l'arachnite; elle peut néanmoins se résoudre, quand, dès son début, on emploie les moyens thérapeutiques convenables d'une manière prompte et efficace; les seuls efforts de la nature suffisent quelquefois en provoquant une évacuation sanguine abondante, telle que l'épistaxis ou le flux menstruel, ou bien des sueurs profuses et uniformes, qui arrosent toute la surface de l'organe cutané. Sans vouloir nier les heureux effets produits par les seuls efforts de la nature, nous avouons franchement que nous avons rarement observé la résolution obtenue ainsi presqu'instantanément.

On peut néanmoins l'espérer quand après l'emploi des moyens thérapeutiques appropriés, les symptômes locaux et la pyrexie disparaissent, et que les sueurs dont nous venons de parler, se manifestent aussitôt; il en est de même lorsque la raison reprend ses droits, que la voix revient à son timbre naturel, et que la prononciation devient claire et facile; lorsqu'enfin les mouvemens volontaires des membres devenus flasques, sont faciles et indolores. Le sommeil tranquille continué pendant 5 ou 6 heures, est du meilleur augure.

Au contraire, si la maladie date depuis quelque tems (12 à 15 jours dans certains cas): lorsque la rigidité occupe tous les membres, la face et les muscles postérieurs du cou, de sorte que le corps du malade ressemble à une corde tendue, et qu'on le soulève tout d'une pièce, il est impossible d'obtenir la guérison. Il en est de même de l'état comateux accompagné de grincement des dents, de serrement des mâchoires, d'émission involontaire des fæces et de l'urine. Le délire silencieux, les efforts infructueux du malade soit pour avaler, soit pour prononcer certaines phrases, la respiration lente, incomplète, suspirieuse, accompagnée de bâillemens, l'hémiphlégie ou la paralysie, les contractures des membres inférieurs, leur flexion permanente avec rigidité, les insomnies continues, l'impossibilité de porter la langue hors de la bouche, la fixité des globes oculaires, dont la cornée transparente est terne, les sueurs fétides, visqueuses et collantes; finalement la stupeur, le regard hébété et le strabisme; tous ces symptômes réunis annoncent une mort plus ou moins prochaine. Quand les paupières devenues rouges restent closes, ou sont collées ensemble par une matière puriforme, les convulsions de tous les membres et de la face, la rotation des globes oculaires, et finalement le tremblement de la langue indiquent une guérison lente et difficile, sur-tout lorsque, malgré la diminution des forces, la pyrexie continue avec opiniâtreté.

Chez les jeunes sujets, depuis la naissance jusqu'à 8 ou 10 ans, les convulsions sont moins à craindre ainsi que le délire, qui chez les premiers, est accompagné de moins de danger, à raison de la grande sensibilité propre au jeune âge. Il est bon d'observer que les enfans scrophuleux échappent plus difficilement à cette inflammation, que ceux qui jouissent d'une constitution saine.

Le vieillard succombe toujours, lors même que l'arachnoïdite est simple, elle se transforme alors dans l'épanchement séreux que les anciens ont appelé *apoplexie séreuse.*

L'arachnitis compliquée de phlegmasies d'autres portions du système séreux ou de la muqueuse, se guérit difficilement. La consécutive est très-dangereuse; επι πνευμονιη φρηνιτις κακον (1); il en est de même lorsqu'elle succède à l'hémorrhagie cérébrale, au ramollissement de la substance du cerveau. ou bien quand le tissu de celle-ci est désorganisé d'une autre manière; il en faut dire autant quand elle se joint aux maladies de la moëlle épinière, ou enfin aux affections chroniques d'autres organes plus ou moins essentiels à la vie.

Lorsque cette même phlegmasie devient chronique, son prognostic est fâcheux, attendu qu'elle est accompagnée d'aliénations mentales diverses toujours incurables. Les rechûtes fréquentes peuvent donner lieu au passage à la chronicité.

Quant aux causes excitantes, elles méritent d'être prises en considération, lorsqu'il s'agit du prognostic; ainsi l'arachnoïdite qui tire son origine d'une cause mécanique, est toujours mortelle; parce qu'elle en est l'effet immédiat et qu'elle est accompagnée de lésions organiques qui forment des complications très-graves; de plus, outre la désorganisation du tissu arachnoïdien, une portion de la dure-mère comprise dans l'espace circonscrit de la surface crânienne, à laquelle la cause a été appliquée, ou au moins où elle a produit son effet, participe toujours de l'état inflammatoire.

Le danger semble être moindre lorsque l'arachnoïdite est l'effet d'une cause dynamique; quoiqu'il en soit, quand les causes mentionnées dans la deuxième classe, telles que les boissons spiritueuses, les chagrins concen-

(1) Hippocratis aph. 12. sect. VII.

s, l'amour propre profondément irrité, ont agi long-
s sur l'encéphale et amené l'état inflammatoire du
u arachnoïdien, la phlegmasie se guérit rarement.
en est de même de celle que produit la métastase d'une
lammation éruptive ou érésypélateuse sur-tout de la
e, transport qui s'observe assez fréquemment.

En terminant ce qui est relatif à l'histoire de la phleg-
sie aiguë de la séreuse encéphalique, nous ajouterons
core quelques mots sur l'extension que cette maladie
quiert dans certains cas, lorsqu'elle se propage jusqu'à
séreuse de la moëlle épinière: en conséquence nous
ons consigner ici sous les nos LXXIV et LXXV deux
servations cliniques, qui serviront plus que tout autre
yen à éclaircir le diagnostic d'une affection aussi
loutable; quoique nous n'ignorions pas qu'un ou deux
ts sont insuffisans pour l'établir d'une manière positive.

Observation LXXIV. – *M. J. van Haute,* âgée de 16 ans,
ne constitution sanguine, n'est pas encore réglée; elle
tre dans l'hôpital civil de Gand le 22 Janvier 1829,
lade depuis 5 jours, pour avoir été long-tems exposée
'action d'un froid très-vif. Voici les symptômes qu'on
serve : vomissement bilieux, céphalalgie violente
cupant toute l'étendue de l'encéphale, elle est si
ense que la malade porte les deux mains à la tête
ur se soulager; pesanteur insupportable, pulsations
s tempes, cris plaintifs arrachés par des élancemens
bits qui se font sentir au sommet de la tête, mou-
mens convulsifs du tronc, des membres et du côté
uche de la face; regard étonné et hébété, délire avec
ervalles lucides, tantôt silence absolu, tantôt réponses
tes ou incohérentes; face rouge, yeux brillans sans
angement de couleur à la cornée transparente, mouve-
ens de rotation des globes oculaires, voix presqu'éteinte,

prononciation lente et pénible, déglutition intacte, têt renversée en arrière, rigidité de tous les membres, qu sont dans un état de flexion permanente; respiratio fréquente et accélérée, un peu gênée, pouls lent, tend et concentré, peau séche et brûlante, decubitus hori zontal sur le dos, somnolence, insomnie, selles retardées urine teinte, langue blanchâtre et un peu sèche, soif inappétence.

23 Janvier. (*Artériotomie de la temporale droite ℥ xij diète; lavement; mixt. antiphl.*)

24. Sommeil d'une heure et demie, présence d'esprit diminution des mouvemens convulsifs, la rotation de globes oculaires a cessé ainsi que les cris; voix et pro nonciation claires, les membres persistent dans le mêm état qu'hier; aujourd'hui la malade accuse une douleu vive et fixe à la région lombaire; céphalalgie moindre absence de sueurs, pouls lent, moins développé qu'hier du reste peu de changement, etc. (*Lavement; fom. froide sur la tête; sinap. aux pieds; R. oxymell. simpl.* ℔ *s spir. minder.* ℥ *ij.*)

25. Peu d'amélioration. (*Mêmes prescriptions que l jour précédent: VII sangsues aux tempes.*)

26. A-peu-près même état qu'hier; la malade accus sur tout le trajet de l'épine du dos une douleur vive insup-portable, qui l'empêche de prendre du repos; membre étendus et moins roides qu'hier, ils sont lourds et pesans mais le sentiment s'y conserve. Une selle copieuse, pouls fréquent et un peu développé, respiration accélérée e incomplète, soif, langue humide, peau sèche et brûlante face toujours animée, présence d'esprit plus long-tems prolongée, cris plaintifs arrachés par la souffrance, py-rexie. (*X sangsues aux tempes; mixt. antiphl.; diète ptysane oxym.*)

27. Même état qu'hier; agitation, mouvemens convul-

du côté gauche de la face, la douleur de l'épine et autres symptômes persistent, etc. (*Bain tiède; lavem.*)

28 Janvier. Délire continu, agitation, cris plaintifs, malade veut s'échapper de son lit, émission involontaire de l'urine et des fæces, respiration suspirieuse accompagnée de bâillemens involontaires, incomplète et uée; mouvemens convulsifs des membres supérieurs si que du tronc, qui est porté en avant et de côté par ousses; pouls fréquent, vif et concentré; une selle, etc. *sangsues au sacrum, on laisse couler le sang pendant heure; mixt. antiphl.*)

29 – 30. Point d'amélioration. Membres flasques, ceux côté gauche agités de mouvemens convulsifs, strabisme à droite et à gauche, pupilles dilatées, délire avec ervalles lucides, etc. (*Mixt. antiphl.; ptysane oxym.*)

31 – 1 Février. Même état. Délire, strabisme, plaintes ntinuelles, pouls tendu et lent, selles libres, respiran gênée, bâillemens, trismus par intervalles, insomnie, ence de sueurs, émission involontaire de l'urine et fæces, convulsions de la face, flexion permanente et idité des membres supérieurs et inférieurs, déglutition possible, du reste même état qu'hier. (*IV sangsues x narines; foment. froides sur la tête; sinap. aux pieds.*)

2 – 3. Idem. Pouls faible et fréquent, carpologie, nstipation, decubitus plumbeus, etc. (*Vésic. à la nuque.*)

4. Morte dans la matinée à 9 heures.

6 Février. *Nécropsie.*

Tête. 1°. L'arachnoïde des hémisphères et la dure-mère nt intactes. Substance du cerveau plus consistante que ns l'état naturel. 2°. Ventricules latéraux distendus par e sérosité limpide. 3°. Arachnoïde cérébelleuse couverte une couche albumineuse semblable à du blanc d'œuf. bstance du cérébellum vivement injectée. Arachnoïde inale couverte de la même substance albumineuse.

Une très-grande quantité de sérosité entre le feuil arachnoïdien de la dure-mère spinale et celui de la moe épinière.

Poitrine et Abdomen. Les organes renfermés dans cavités sont restés intacts.

Observation LXXV. – *F. Loos*, maçon, âgé de 52 a d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre d l'hôpital civil de Gand le 4 Mars, malade depuis qu ques jours par l'action du froid à laquelle il s'est exp le corps très-échauffé et trempé de sueurs profuses; amis racontent que dès l'invasion de la maladie il s plaint de violentes douleurs continues occupant l'en phale et tout le trajet du rachis. Le malade offre symptômes suivans: pâleur de la face, pupilles dilat impossibilité de mouvoir la mâchoire inférieure, bou entr'ouverte, sensations externes obtuses, facultés int lectuelles troublées sans délire prononcé, insomn somnolence, prononciation et déglutition très-difficil aphonie, douleur vive dans les membres supérieurs inférieurs accompagnée d'un sentiment de pesanteur de la suspension des mouvemens volontaires; les me bres restent flasques, decubitus plumbeus, respirati gênée, pénible, anxieuse, profonde et courte; les ins rations se font avec beaucoup de lenteur, les expiratio sont brèves, se succèdent rapidement et par sacca elles sont incomplètes et accompagnées de bâillem que le malade n'achève pas; au surplus selles libr soif, chaleur brûlante de la peau, sueurs profuses collantes, pyrexie avec exacerbation vers le soir, po fréquent, vif, tendu et concentré.

5 Mars. Le malade est moribond. (*On ne prescrit rie*

6. Mort dans la matinée.

Nécropsie 30 heures après le décès.

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins et sinus de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Ceux de la substance cérébrale et de la pie-mère offrent le même état. 3°. Arachnoïde des hémisphères cérébraux épaissie, opaque et blanchâtre dans toute son étendue, adhérente à la dure-mère par des granulations qui së sont formées vers le sommet de ces organes. Extravasation de sang dans le tissu arachnoïdien à la face externe et convexe de leurs lobes moyens. Adhérence de l'arachnoïde à la pie-mère sousjacente. 4°. Serum épanché entre le feuillet de cette membrane qui tapisse la dure-mère et celui des hémisphères. 5°. Serum trouble dans les ventricules latéraux et à la base du crâne. 6°. Substance du cerveau sablée de sang. 7°. Rien de particulier dans l'arachnoïde cérébelleuse. 8°. Substance du cervelet très'flasque, peu injectée. Protubérance annulaire plus consistante que dans l'état normal et injectée. 9°. L'arachnoïde spinale présente le même état que la cérébrale. 10°. Canal formé par cette enveloppe plein de serum rouge. 11°. Pie-mère spinale et moëlle épinière vivement injectées.

Poitrine. Cavité de la plèvre droite; sa surface est enduite d'une légère transsudation albumineuse. Poumon libre et crépitant. La cavité gauche, le cœur et son enveloppe sont intacts.

Abdomen. Foie gorgé de sang noir. Sa face concave offre une couleur d'ardoise. La vésicule biliaire est distendue par une grande quantité de bile.

Estomac. Muqueuse tiquetée de points rouges sur-tout vers le pylore. Intestins grêles et gros sains. Râte mollasse. Hernie inguinale épiploïque du côté gauche; hernie inguinale du côté droit, elle est formée par une anse de l'iléon.

Aux observations dont nous venons de tracer l'histoire,

il faut encore ajouter celles recueillies par Ollivier-d'Angers (1) et par Parent-Duchatelet et Martinet (2). Ces derniers font mention d'une circonstance laquelle ne nous a pas échappé, c'est que l'arachnoïdite spinale coexiste souvent avec la cérébrale, coïncidence qui rend alors le diagnostic de la première de ces phlegmasies très-difficile. Dans l'histoire des faits qui précèdent, les symptômes pathognomiques de l'inflammation de l'arachnoïde spinale, nous paraissent être : douleur aiguë, fixe, occupant tout le trajet du rachis, et sur-tout sa portion lombaire; renversement de la tête en arrière, symptôme déjà observé pendant le cours de l'arachnitis cérébrale, et confirmé par la nécropsie; roideur et flexion permanente de tous les membres, mouvemens convulsifs de ceux-ci et du tronc, qui éprouve des secousses fortes et continuelles, par lesquelles il est poussé en avant ou de côté. Respiration difficile, suspirieuse, incomplète, anxieuse, accompagnée de bâillemens involontaires fréquens, la bouche reste béante pendant une ou deux minutes, écoulement involontaire des urines et des fæces; au surplus les autres symptômes décèlent plutôt l'arachnitis cérébrale. Les observations cliniques qui précèdent sont précieuses en ce qu'elles fournissent sur l'extension d'une inflammation redoutable, quelques données qui peuvent mettre le médecin à même de se rendre compte des phénomènes qu'il observe en pareilles circonstances, de découvrir leur source et d'adopter de suite le plan le plus convenable pour combattre la maladie. Elles nous montrent en outre que la secrétion des fluides hétérogènes ne se fait pas toujours comme le prétend Ollivier-d'Angers (3), entre l'arachnoïde spinale et la pie-mère

(1) V. ouvrage cité plus haut. Vol. II. p. 551. observ. LXVIII.
(2) Ouvrage cité, p. 547-555. observ. CXXIX-CXXXIX.
(3) V. ouvrage cité plus haut. Vol. II. p. 548.

sousjacente, mais bien entre les feuillets de cette séreuse qui circonscrivent l'espace compris entre la dure-mère spinale et l'arachnoïde du même nom, c'est-à-dire en d'autres termes, que cette membrane peut être directement enflammée. Hippocrate semble avoir fait allusion à l'extension de la phlegmasie susmentionnée, lorsqu'il dit (1): « Alius morbus oritur ex defluxione capitis per » venas in spinalem medullam."

SECTION HUITIEME.

Traitement. D'après tout ce qui précède, il est évident que la cure antiphlogistique est la seule capable de combattre victorieusement l'arachnitis aiguë tant primitive que consécutive, et que parmi les moyens thérapeutiques appelés *antiphlogistiques,* l'émission sanguine tient sans aucun doute le premier rang. Mais avant d'entrer dans quelques détails à cet égard, nous avons cru nécessaire de présenter quelques réflexions, qui, nous osons l'espérer, ne seront pas inutiles: et en premier lieu pour que la saignée puisse produire tout l'effet qu'on désire obtenir de son application, il faut qu'elle soit prompte, abondante et hardiment répétée suivant les circonstances. Appuyé sur notre expérience, nous osons assurer sans craindre d'être démenti, que les déplétions sanguines copieuses sont les seuls moyens efficaces à opposer à une phlegmasie aussi formidable toujours accompagnée d'engorgement sanguin des vaisseaux de la pie-mère et de ceux de la substance cérébrale; d'ailleurs nous n'avons pas besoin d'insister long-tems sur ce point de traitement: nos succès comme nos revers démontrés par les obser-

(1) Opera omnia de glandulis, cap. 10. p. 42. edit. de Vanderlinden, Tomus Primus.

vations qui précèdent, démontrent évidemment la vérité du précepte que nous venons de poser.

La quantité de sang à tirer ne doit jamais être mesurée d'après l'état du pouls; à cet égard nous osons encore renvoyer nos lecteurs vers les observations que nous avons recueillies, et qui prouvent plus que jamais l'aphorisme : *pulsus signum fallax.* Car lorsqu'on considère combien les pulsations artérielles varient d'un malade à l'autre, quelle influence l'âge exerce sur leur fréquence et leur force; lorsqu'en outre on se rappelle ce précepte basé sur l'observation et l'expérience, que dans les phlegmasies des membranes séreuses en général le pouls est toujours concentré, tendu et fréquent; on en conclut nécessairement que lorsque pendant le cours de la maladie il offre une lenteur et une petitesse remarquables, qui pourraient facilement faire croire à un état de faiblesse générale; le moyen le plus sûr pour régler la quantité de sang à évacuer, est de s'en rapporter à la diminution successive des symptômes caractéristiques ainsi que de la pyrexie, puisque le retour des fonctions cérébrales à leur état normal est le *criterium* par excellence, celui qui annonce le mieux que l'inflammation a cessé.

Les saignées sont générales ou locales; on peut encore employer avec fruit les purgatifs, les sudorifiques, les dérivans, le froid; quelques médecins vantent l'affusion d'eau froide; nous allons maintenant discuter successivement la valeur de tous ces moyens thérapeutiques appliqués et modifiés suivant les circonstances particulières que l'arachnitis aiguë peut offrir.

On range parmi les saignées générales la phlébotomie faite aux veines du bras et du pied; quant aux locales, ce sont : l'artériotomie de l'une ou l'autre des artères temporales superficielles, l'application de sangsues aux na-

rines, la section de la jugulaire externe, l'application de sangsues aux tempes, les ventouses scarifiées faites sur la tête préliminairement rasée, à la nuque et derrière les oreilles.

La phlébotomie dite générale nous paraît indispensable; elle doit précéder les déplétions sanguines locales, chaque fois que la constitution du malade est sanguine, robuste et pléthorique; parce qu'en diminuant brusquement la masse du fluide vivifiant, elle contribue efficacement à combattre l'arachnitis, quand celle-ci est encore à son début, ou bien quand elle parcourt lentement les phases de la congestion sanguine aiguë; on doit s'en abstenir chez les sujets faibles ou épuisés par des affections chroniques, ou enfin chez ceux d'un âge peu avancé (au-dessous de 10 à 12 ans), à cause de la petitesse des veines du bras. La saignée du pied est rarement utile aux malades du sexe masculin; elle peut être nécessaire chez les femmes, quand l'arachnoïdite éclate brusquement à la suite d'une suppression subite du flux menstruel; il n'est pas nécessaire de rappeler ici les préceptes relatifs aux précautions à prendre pour obtenir une déplétion très-efficace quand l'état du patient l'exige. Si la phlegmasie a envahi une grande étendue du tissu arachnoïdien, la saignée générale sans être inutile, n'agit que d'une manière indirecte sur l'organe enflammé, et dans ce cas nous préférons insister sur les émissions sanguines locales qui doivent être faites aussi près que possible du foyer de l'inflammation.

En conséquence, l'artériotomie de la temporale superficielle mérite la préférence à toute autre espèce d'émission sanguine artificielle; elle est d'une nécessité indispensable quand l'arachnite et l'engorgement sanguin sont parvenus au plus haut degré; parce qu'en produisant une déplétion presqu'instantanée et directe, très-souvent

elle opère la résolution de la phlegmasie en quelques heures comme l'observation le prouve d'une manière incontestable. Nous l'avons rarement appliquée aux sujets de moins de 11 ans, parce qu'à cette époque de la vie les artères susmentionnées sont trop peu développées. Nous ne craignons pas le danger exagéré de cette opération chirurgicale malgré tout ce qu'en aient écrit Richerand et Frank (1); d'autant plus qu'elle se pratique chez nous avec autant et même plus de facilité que la phlébotomie ordinaire; et jusqu'aujourd'hui nous n'avons vu arriver aucun des accidens qu'on signale à la suite d'une opération aussi simple que facile.

Un autre mode artificiel d'évacuer le sang qui, sous le rapport de sa prompte efficacité, marche de pair avec le précédent, est l'application de sangsues aux narines; nous en avons obtenu le succès le plus incontestable; de plus, ce procédé mérite encore l'attention des médecins praticiens, à cause de l'économie qu'il offre dans certains momens difficiles, lorsqu'on ne peut disposer d'un grand nombre de ces annélides. Quand les sangsues sont robustes et saines, on obtient ordinairement une évacuation prompte et abondante. Mais ce procédé est sujet à des inconvéniens. Les morsures de ces animaux produisent quelquefois une douleur assez vive dans la muqueuse nasale pour engager le malade à les arracher, ce qui est dangereux; ils refusent de suçer quand le malade use habituellement du tabac en poudre; finalement ils peuvent s'introduire dans les cavités nasales lorsqu'ils sont d'un petit volume, et cet accident ferait manquer le but qu'on se propose d'atteindre. Du reste, trois ou quatre suffisent ordinairement chez les adultes, une ou deux chez les jeunes sujets.

La section de l'une des veines jugulaires externes peut

(1) De curand. hominum morbis Epit. lib. II. p. 56.

être tentée aussi dans l'arachnoïdite aiguë; nous l'avons rarement appliquée, parce qu'il nous semble qu'elle ne produit pas une évacuation assez prompte, vu que le sang ne coule pas en jet comme après la section des branches veineuses du bras. Il nous semble que la compression exercée sur l'un de ces troncs veineux ne peut jamais être assez forte pour accumuler le sang dans la partie de la jugulaire comprise entre le point comprimé et la tête; d'ailleurs, ce vaisseau a d'assez fréquentes communications avec les veines voisines, de sorte que pour atteindre son but il faudrait faire une compression telle qu'elle augmenterait la congestion du sang dans l'encéphale.

L'application des sangsues aux tempes ou derrière les oreilles est encore très-utile; il faut que leur nombre soit proportionné à l'âge du malade ainsi qu'à la violence de l'inflammation; pour les enfans depuis la naissance jusqu'à l'âge de 10 ans on peut le limiter à celui de 4 à 12; pour les adultes on l'augmente de 10 à 20; quelquefois on est obligé de répéter leur application, mais quand la déplétion obtenue par ces annélides ne suffit pas, on peut après leur chute, favoriser l'écoulement du sang en lavant les piqures pendant une demi-heure et au-delà avec une éponge imbibée d'eau tiède.

A défaut de ces animaux, on peut tenter l'application des ventouses scarifiées à la nuque, derrière les oreilles, et même sur le cuir chevelu de la tête préliminairement rasée; leur nombre sera déterminé d'après les mêmes conditions que dans les cas précédens. Le meilleur instrument qu'on puisse employer pour faire cette opération, est le Bdellomètre de Demours ou de Sarlandière, parce que la succion et les scarifications se font presque simultanément: quoiqu'il en soit, ce moyen nous parait moins efficace pour évacuer une grande quantité de sang, que la plupart des méthodes artificielles déjà indiquées.

Les *purgatifs* stimulans peuvent dans certains cas exercer une influence salutaire lorsqu'on les administre au début de la maladie, ou bien quand il y a seulement congestion sanguine aiguë; mais toujours sous la condition expresse que des évacuations sanguines plus ou moins abondantes aient précédé leur ingestion; car d'un côté ils contribuent à débarrasser le canal intestinal de la présence de matières fécales endurcies par un long séjour, en irritant la muqueuse des intestins, suite nécessaire de l'arachnitis aiguë; tandis que de l'autre ils exercent une dérivation puissante sur l'encéphale; nous pensons que leur emploi serait dangereux lorsque la phlegmasie a déjà fait de grands progrès, ou bien lorsqu'elle est compliquée soit de gastro-entérite soit d'autres affections chroniques qui ont épuisé les forces du patient. Cependant, à une époque plus avancée de l'arachnoïdite aiguë, aussitôt qu'il s'agit de débarrasser les intestins et de rétablir la régularité des déjections alvines, il faut avoir recours à l'ingestion des purgatifs minoratifs, tels que les sels neutres, l'huile de ricin, la manne, la pulpe de cassia et de tamarinde, et les lavemens doux; puisque ces médicamens n'ont pas l'inconvénient d'irriter le tissu affecté et par conséquent d'en augmenter l'état inflammatoire. Il est néanmoins bon d'observer qu'une petite dose de callomel en poudre administrée *post præmissa præmittenda* aux enfans atteints d'arachnitis, leur fait beaucoup de bien par les raisons que nous venons de développer.

C'est sous les mêmes conditions que nous osons préconiser l'emploi des *sudorifiques sine stimulo*; éclairé par le flambeau de l'observation, nous avons reconnu qu'après les évacuations sanguines, des sueurs profuses et uniformément répandues sur la surface de l'organe cutané contribuaient d'une manière très-efficace à opérer

la résolution; et nous nous sommes toujours bien trouvé de l'emploi de sudorifiques légers, tels que les sambucins, l'acétate d'ammoniaque liquide à haute dose, les boissons délayantes, etc., qui coopéraient alors d'une manière très-énergique à entretenir ces sueurs salutaires.

Les *sinapismes* et les *pédiluves tièdes* faits avec de la moutarde ou bien avec l'acide hydrochlorique méritent de trouver leur place ici; quant aux premiers, nous ne les avons employés que lorsque les saignées avaient déjà produit une diminution considérable de l'inflammation; administrés avec certaines précautions, ils sont d'une utilité réelle à cause de leur action dérivative; nous les avons toujours appliqués à la nuque, à la face interne des jambes ou des cuisses; ils conviennent mieux dans la cure de l'arachnitis consécutive, qui survient lorsque les forces du malade sont affaiblies. Chez les enfans ou les personnes délicates et sensibles, il faut les laisser en place seulement le tems nécessaire pour opérer la rubéfaction; quand on a obtenu cet effet, mieux vaut les ôter de suite pour prévenir l'inflammation et l'ulcération de la peau qui seraient les suites nécessaires de leur application trop long-tems prolongée. Leur usage combiné avec celui du froid produit l'effet le plus salutaire.

Quant aux pédiluves tièdes composés de la manière indiquée, ils produisent à-peu-près le même effet que les sinapismes; par conséquent, il faut avoir soin que leur température ne soit pas trop élevée, puisqu'alors leur action serait irritante, ce qu'il faut éviter autant que possible.

Il en faut dire autant des *vésicatoires*, leur effet étant analogue à celui des sinapismes; ils peuvent être employés sous les mêmes conditions, mais comme leur action est plus vive et plus permanente que celle des sinapismes, il faut, avant d'en faire usage, s'assurer si l'âge ou

la constitution du malade les comportent; car l'absorption des cantharides produit quelquefois chez les enfans comme chez les adultes des accidens fâcheux. Comme les sinapismes, on peut les mettre à la nuque, à la face interne des cuisses, etc.; on les applique aussi avec plus de probabilité de succès dans l'arachnoïdite consécutive. Nous en avons donné plusieurs fois la raison.

L'usage de fomentations froides appliquées sur la tête mérite une attention spéciale; craignant la violente réaction qui succède souvent à l'action sédative du froid, prolongée pendant quelque tems sur une région du corps presque contigue au foyer de l'inflammation, nous avons tenté ce moyen conjointement avec les sinapismes, lorsqu'après des saignées abondantes nous pouvions croire que l'arachnoïdite était presque vaincue, et que les symptômes persistant à un degré peu considérable, semblaient dépendre de l'engorgement sanguin, suite de la distension des vaisseaux enflammés. Nous n'hésitons pas, en pareil cas, d'appliquer sur la tête les fomentations froides de Schmuckel, continuées jusqu'à la disparition complète des derniers vestiges de la maladie. Nous redoublons d'activité et de soin lorsque les patiens sont affaiblis par des affections chroniques ou aiguës antécédentes, et nous osons affirmer que nos efforts ne sont pas toujours infructueux.

Quant aux *affusions d'eau froide*, ne les ayant jamais vu appliquer, ne les ayant jamais appliquées nous-même, nous n'avons pas de données positives pour nier la salutaire influence qu'elles exercent dans certains cas d'arachnitis aiguë; néanmoins lorsque nous considérons que l'action du froid agissant sur une grande surface du corps humain vivant, produit le refoulement du sang de la périphérie vers les organes intérieurs, nous pensons que l'emploi d'un pareil moyen est souvent dangereux,

quoiqu'on prétende en avoir obtenu des succès remarquables dans le traitement de la phlegmasie en question (1).

Lorsqu'à la suite de l'arachnoïdite aiguë il se manifeste des signes d'épanchement entre les enveloppes cérébrales, à la base du crâne, ou dans les ventricules du cerveau, Frank (2) conseille l'usage intérieur du calomel, ou des feuilles de la digitale pourprée, sans doute pour favoriser l'absorption du fluide épanché. Si les forces du malade déclinent, il recommande l'infusion des fleurs d'arnica montana, la décoction de la racine de polygala senega, et finalement le camphre combiné avec le cinnabre et le sucre blanc; nous avons peu de confiance dans tous ces moyens thérapeutiques, sur-tout lorsque l'extravasation est déjà faite, parce que nous ne les avons jamais vu couronnés de succès.

Un médecin français, Blaud (3) de Beaucaire, a proposé un moyen singulier pour diminuer l'afflux du sang vers l'encéphale lorsque l'arachnoïde est enflammée; il consiste à exercer pendant un espace de tems plus ou moins long, une compression suffisante sur les deux carotides. Sans parler des inconvéniens auxquels est sujette une pareille opération, et des difficultés qui l'accompagnent, il nous paraît qu'elle doit être sans résultat, puisque les artères vertébrales continuent à envoyer vers le cerveau une assez grande partie du sang qui l'arrose, et que leur compression est absolument impossible; d'ailleurs, si la constitution du malade est sanguine et robuste, si les pulsations artérielles des carotides sont pleines, dures et fortes, il nous semble que l'effort nécessaire pour les effacer momentanément, peut devenir extrêmement dangereux.

---

(1) Parent-Duchatelet et Martinet, ouvrage cité, p. 142-161.
(2) Praxeos medicæ præcepta univ. vol. III. p. 248 et 249.
(3) Biblioth. médic., vol. 62.

Afin de compléter tout ce qui est relatif au traitement de l'arachnitis aiguë, nous pensons que les préceptes suivans d'hygiène ne seront pas inutiles. On soustraira le malade atteint de cette phlegmasie à l'action trop vive de la lumière et d'une température trop élevée. La diète sera rigoureuse, la position de la tête presque verticale; on évitera l'usage de lits de plumes et de couvertures trop chaudes. Le silence le plus absolu régnera dans l'appartement où il est couché, bref on éloignera toutes les causes capables d'éveiller son attention.

Pendant la convalescence il est important de surveiller soigneusement la quantité et la qualité de ses alimens et de ses boissons; parmi celles-ci l'usage du vin doit être interdit sur-tout quand, avant sa maladie, le patient n'en faisait pas habituellement usage. Il doit encore s'abstenir de toutes les lectures qui réclament une attention soutenue; il évitera avec soin les émotions vives de l'âme, les plaisirs vénériens et l'action du froid.

SECTION NEUVIÈME.

Après avoir tracé le traitement le plus convenable pour combattre victorieusement l'arachnoïdite aiguë primitive et secondaire, nous allons consacrer quelques pages à un point de théorie médicale qui est de la plus haute importance et qui tend à jetter une nouvelle lumière sur la nature et le siége de quelques fièvres intermittentes pernicieuses; en conséquence nous avons rassemblé toutes les observations que six années de travaux assidus dans un des premiers hôpitaux civils de la Belgique nous ont fournies; malheureusement lorsqu'on compulse les ouvrages de Mercado, de Morton, de Torti, de Lautter, de Lancisi, de Coutanceau et d'Alibert, on

peut facilement se convaincre que tous ces médecins distingués se sont plutôt, ou pour mieux dire, uniquement occupés de la description des symptômes qui caractérisent ces fièvres, et qu'ils ont négligé les recherches plus positives sur le siége et la nature de la maladie; sous ce dernier rapport leurs écrits offrent une lacune immense, puisqu'ils ont laissé leurs successeurs dans l'ignorance la plus absolue à cet égard, et leur ont prescrit pour traiter ces fièvres une méthode purement empirique, ce qui rend leurs écrits, d'ailleurs trés-estimables, incomplets relativement à l'anatomie pathologique de l'affection la plus redoutable qui puisse atteindre l'espèce humaine.

Un fait déjà constaté par les nombreuses observations qui précèdent et par celles des médecins dignes de foi cités plus haut; c'est que l'arachnoïdite aiguë simule quelquefois la marche d'une fièvre qui revient par accés, sans que cependant il y ait *apyrexie complète* (1). Mais ce qui paraît bien plus étonnant encore, c'est que l'arachnoïdite cerebro-spinale offre dans certains cas, assez rares à la vérité, une apyrexie nettement tracée, et qu'au bout de quelque tems les malades affectés de cette terrible phlegmasie succombent de la même manière que s'ils étaient emportés par un accés de fièvre intermittente pernicieuse. Sans vouloir soutenir que ces fièvres considérées en général, sont des inflammations; partant de faits que nous avons puisés dans les ouvrages modernes, et d'autres que nous avons recueillis nous-même, nous osons avancer que quelques intermittentes en apparence pernicieuses, ne sont que des arachnitis intermittentes qui offrent une périodicité si réguliere et si uniforme, que nous les avons long-tems considérées comme des intermittentes pernicieuses, avec d'autant plus d'appa-

---

(1) V. Section quatrième du présent chapitre, pag. 91 et suiv.

rence de raison qu'elles en offrent les stadia de frissons, de chaleur et de sueurs; il faut néanmoins ajouter que dans l'arachnitis intermittente le stadium sudoris n'est pas aussi nettement tracé. Si des nécropsies faites avec tout le soin que de pareilles recherches commandent impérieusement, n'avaient éclairé notre opinion sur le siège et la nature de cette phlegmasie, fondé sur les observations de nos devanciers, nous aurions pu croire que toutes les pernicieuses deviennent promptement mortelles par l'épuisement de la portion centrale du système nerveux. En offrant nos observations à la méditation de nos lecteurs, nous sommes loin de combattre ou de défendre tel ou tel système qui partage aujourd'hui le monde médical.

Mais avant d'aller plus loin, laissons parler l'observation.

Observation LXXVI. – *Pierre Remis*, âgé de 54 ans, ouvrier, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 23 Décembre 1824, malade depuis quelques jours; il offre les symptômes suivans: douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, délire qui offre cependant des intervalles lucides pendant lesquels le malade s'exprime assez exactement pour répondre aux questions qu'on lui fait, mais la voix est faible, la prononciation lente et difficile; on observe en outre chaleur brûlante au front, pesanteur de la tête, face rouge, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles contractées, mouvemens volontaires douloureux et difficiles et particulièrement ceux des membres, déglutition intacte, decubitus plumbeus, soif, langue sèche et rougeâtre, inappétence, respiration lente, incomplète et profonde, pouls lent et faible, la peau offre sa température normale, selles retardées; d'après

le rapport des parens, cet homme semble être atteint d'une fièvre pernicieuse dont les accès reviennent tous les jours à midi; à cette époque de la journée, tous les symptômes locaux relatifs à l'affection de l'encéphale, augmentent en intensité; des frissons, un sentiment de froid, etc., annoncent chaque fois l'invasion du prétendu paroxysme pernicieux; quelques heures plus tard dans l'après-diner, le pouls devient plus fréquent mais reste faible, les sueurs ne paraissent pas: en conséquence pour interrompre l'accès on administre le sulfate de quinine pendant trois jours de suite, c'est-à-dire jusqu'au 26 Décembre, mais inutilement; ensuite on emploie les toniques les plus énergiques et les dérivans jusqu'au 29; les mêmes symptômes persistent et l'accès revient à-peu-près de la même manière; bientôt s'y joignent un assoupissement profond, la suspension des facultés intellectuelles et des sensations externes, etc. Le malade succombe le 30 Décembre vers deux heures de l'après-midi.

1 Janvier 1825. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de l'encéphale gorgés de sang. 2°. Epanchement considérable de sérosité entre l'arachnoïde des hémisphères et la pie-mère, ces deux membranes adhéraient entr'elles en plusieurs points; l'arachnoïde des hémisphères opaque et épaissie. 3°. Ventricules latéraux des hémisphères distendus par une grande quantité du même liquide. La substance propre du cerveau et du cervelet est restée intacte. L'arachnoïde cérébelleuse n'offre rien de particulier.

Poitrine. Adhérence entre les poumons et les plèvres costales.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac et des intestins offre des plaques rouges assez étendues.

Les autres viscères ont conservé leur état normal.

Observation LXXVII. — *P. Vanderburcht*, ouvrier, âgé de 64 ans, entre dans l'hôpital civil de Gand le 18 Octobre 1826, malade depuis deux jours; ses parens racontent que le malade a eu deux accès d'une fièvre qui eut lieu deux jours de suite à 9 heures du matin : le paroxysme s'annonce par un état comateux accompagné de froid intense sur-tout des extrémités inférieures, de suspension de toutes les facultés intellectuelles ainsi que des sensations externes, symptômes auxquels se joint le decubitus plumbeus; les mouvemens des membres sont nuls, la face est pâle, les pupilles dilatées, les globes oculaires fixes, la respiration lente, profonde et incomplète, le pouls fréquent, faible et irrégulier, l'émission des urines et des fæces involontaire, la peau sèche et froide pendant le *stadium frigoris*, se rechauffe bientôt, et sa température devient très-élevée; néanmoins la déglutition persiste, et quoique le malade ouvre difficilement la bouche, il accepte avec avidité les boissons qu'on lui offre; du reste il est impossible de bien voir la langue. Comme on voulait s'assurer de l'existence de l'accès pernicieux susmentionné, on se contenta le 19 d'administrer quelques petites portions de vin rouge pour ranimer les forces, et on prescrivit les boissons délayantes pendant l'accès; il faut ajouter que cet accès se prolongeait jusqu'à la nuit sans se terminer par des sueurs; ensuite l'état comateux diminua fort peu pendant les intervalles de prétendue intermission, de manière que le patient ne recouvra pas ses facultés intellectuelles; seulement le pouls devint plus égal et régulier, et se développa un peu; le paroxysme étant revenu le 20 de la même manière que le jour précédent, on se détermina à prescrire le fébrifuge par excellence, afin de prévenir un nouvel accès, qui arriva le 21 du même mois malgré l'usage du kinkina; le 22 et le 23 on répéta l'administration du

même médicament, dont on eut soin d'augmenter la dose; en outre on appliqua des vésicatoires à la surface interne des jambes; tous ces moyens furent inutiles, et le patient succomba le 24 même mois, à 11 heures du matin, lorsque l'accès du froid fut arrivé au plus haut degré.

26 Octobre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Arachnoïde des hémisphères opaque, épaissie et rougeâtre. Les ventricules latéraux du cerveau sont pleins de sérosité. 2°. Tous les vaisseaux sanguins de l'encéphale sont vivement injectés.

Poitrine. Poumons engorgés de sang noir, le droit est adhérent à la plèvre costale, le gauche libre dans toute son étendue, le cœur est sain.

Abdomen. Les viscères contenus dans cette cavité splanchnique offrent l'état naturel.

Observation LXXVIII. – *J. B. Maes*, âgé de 49 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 2 Décembre 1826, malade depuis quatre semaines; pendant ce laps de tems il s'est plaint d'une phlegmasie lente des poumons qui durait encore au moment de son entrée. Le pouls est fréquent, peu développé, la toux est opiniâtre, la respiration peu gênée; néanmoins on emploie les saignées locales, les mucilagineux et les dérivans jusqu'au 14, avec un tel succès que la pyrexie, la toux et la difficulté de respirer disparaissent; l'appétit commence à revenir et le malade se lève; le 15 il s'expose imprudemment au froid pendant une heure; aussitôt se développe une légère phlegmasie de la muqueuse intestinale qui paraît céder à l'emploi des mucilagineux donnés intérieurement, et des cataplasmes émolliens appliqués sur le ventre. Le 16 le malade est atteint d'un accès de fièvre intermittente

pernicieuse se déclarant le matin vers 10 heures; la nuit suivante il y a délire qui disparaît vers le matin du 17; on administre aussitôt le quinquina pour couper l'accès, on applique un vésicatoire à la nuque, l'accès ne revient pas, et en conséquence on répète de grand matin le 18 la dose du fébrifuge; *Maes* meurt presque subitement au milieu de la journée, lorsque le médecin croit sauvé un malade, qui quelques heures avant la mort n'a pas donné le moindre signe de délire ni d'abbattement remarquable.

21 Décembre. *Nécropsie.*

Tête. Inflammation de l'arachnoïde des hémisphères laquelle est très-épaissie et intimément adhérente au feuillet interne de la dure-mère, au point qu'elle ne forme plus avec lui qu'une seule membrane. Ventricules latéraux du cerveau pleins de sérosité. Les autres parties de l'encéphale sont restées intactes.

Poitrine. Adhérence des poumons aux plèvres costales correspondantes. Cœur atrophié, les parois des ventricules sont très-minces.

Abdomen. Phlegmasie de la portion du péritoine qui tapisse les parois antérieures de l'abdomen. Foie endurci et jaunâtre, son volume est augmenté. Rate ramollie et engorgée. Les autres viscères sont sains.

Observation LXXIX. – *Anne Pétronille de Clercq*, femme mariée, âgée de 50 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 25 Août 1827; elle est malade depuis quelques jours et offre les symptômes suivans: délire continu accompagné d'hilarité, face rouge jaunâtre, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, loquacité continuelle suivie de chants interrompus par des rires éclatans; néanmoins elle se plaint de douleur vive

occupant toute l'étendue de l'encéphale, et de pesanteur constante qui, d'après l'aveu de la malade, est insupportable; le pouls est accéléré et vif, sueurs, chaleur vive et sécheresse de la surface cutanée, chaleur brûlante au front, inquiétude, mouvemens continuels des membres, jaunisse universelle et légère, respiration accélérée et incomplète, selles rares, langue sèche et rougeâtre. Vers 9 heures du matin elle semble être atteinte d'un paroxysme fébrile dit *pernicieux;* alors au délire succède un état comateux qui devient allarmant, parce qu'il annonce tous les phénomènes d'une congestion de sang dans l'encéphale, quoique cet état comateux soit précédé par le froid, les frissons, le tremblement universel, le grincement des dents, la soif, etc., et suivi environ deux heures plus tard, de chaleur et de sueurs assez copieuses qui n'amènent pas d'apyrexie complète, mais seulement la rémission pendant laquelle le délire revient; du reste abdomen mou, inappétence, insomnie continuelle, pouls tel que nous l'avons indiqué ci-dessus, urine teinte sans sédiment.

23 Août, jour de l'entrée de la malade, même état. (*R. XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une heure; lavement; diète; ptysane oxym.*)

24. Apyrexie assez complète, pouls fréquent et concentré, abdomen mou, une selle copieuse; au surplus la malade ne délire pas, mais les facultés intellectuelles restent obtuses, insomnie; on craint un nouvel accès à midi. (*R. P. sulf. kinin. gr. xxv, sacch. albi ʒi, div. in p. nº v. à prendre endéans l'espace de 4 heures.*

25. Le prétendu accès est revenu à midi, il était plus violent qu'hier et offrait tous les symptômes d'une apoplexie; ces symptômes se sont calmés vers minuit; ce matin l'état de la malade est empiré, il y a stupeur générale, decubitus plumbeus, indifférence, insensibilité

remarquable, pouls accéléré et assez vif, sueurs copieuse et uniformes, face décomposée, respiration suspirieuse etc. (*XII sangsues aux tempes; lavement; diète; ptysan oxym.*)

26 Août. Morte à midi, pendant le paroxysme qu avait duré une demi-heure.

28 Août. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Engorgement remarquable de tous les vaisseaux sanguins cérébraux et particulièrement de ceu qui rampent à la surface convexe de l'encéphale. 2°. L dure-mère des hémisphères offre quelques taches rougeâtres dans plusieurs endroits, et des adhérences nombreuses et fermes entre le feuillet crânien et le feuille cérébral de l'arachnoïde qui s'est épaissie et est devenu opaque. 3°. Une matière semblable à la lymphe coagulé est déposée entre la pie-mère et l'arachnoïde. 4°. Le ventricules du cerveau, le cervelet et la moëlle allongé n'offrent rien de remarquable.

Poitrine. On n'y a rien trouvé qui fut digne d'attention

Abdomen. Taches rougeâtres et phlogosées occupan plusieurs portions de la séreuse intestinale, particulièrement le bord convexe de l'estomac. Foie atrophié d'un blanc brunâtre. Rate ramollie au point de méconnaîtr la structure fibroso-vasculaire de ce viscère réduit en une bouillie sanguinolente.

Observation LXXX. — *F. vander Mul,* âgé de 20 ans, ouvrier, d'une constitution sanguine et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 8 Décembre 1827, malade depuis quelques jours; il paraît être atteint d'une fièvre intermittente *pernicieuse* qui revient déjà pour la troisième fois le matin à 10 heures; elle s'annonce par des frissons et un sentiment de froid qui persistent seulement 10 minutes, auxquels succèdent bientôt la chaleur

et les sueurs; voici les symptômes que *Vander Mul* offre pendant le prétendu accès: suspension totale des facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires, subdelirium, le malade balbutie à des intervalles très-éloignés quelques mots qu'on ne comprend pas; du reste assoupissement profond, pupilles dilatées, iris insensibles à la lumière, rougeur de la face, respiration lente, profonde et incomplète, pouls fréquent et faible, déglutition impossible, selles retardées, langue peu mobile, decubitus plumbeus, température de l'organe cutané légèrement augmentée, peau sèche, écoulement involontaire des urines. A son entrée on lui appliqua des sangsues aux tempes, on lui administra un lavement irritant, le tout sans succès; le malade mourut le lendemain 10 du même mois, à-peu-près vers le tems où l'accès pernicieux semblait être apparu les jours précédens.

12 Décembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Arachnoïde et pie-mère du cerveau adhérentes entr'elles au moyen d'une lymphe jaunâtre et coagulée, la première est opaque et épaissie. Tous les vaisseaux sanguins de l'encéphale et sur-tout les sinus de la dure-mère gorgés de sang. Ventricules latéraux du cerveau presque remplis de serum jaunâtre.

Poitrine et *Abdomen*. Les organes renfermés dans ces cavités splanchniques sont restés intacts.

Observation LXXXI. – *P......*, père de famille, âgé de 41 ans, ouvrier, d'une constitution robuste sanguineo-bilieuse, fut transporté dans l'hôpital civil de Gand le 12 Janvier 1828; à son entrée il offrait les symptômes suivans: suspension des facultés intellectuelles et des mouvemens volontaires, état comateux, la face très-rouge, rotation des globes oculaires, pupilles dilatées,

rétine et iris insensibles à l'action de la lumière, bords tarsiens des paupières chargés d'une sécrétion muqueuse abondante des glandes sébacées, soubresauts des tendons des membres revenant par intervalles de 6 à 7 minutes, respiration sifflante et incomplète, pouls vif et accéléré, sueurs profuses, selles retardées, écoulement involontaire des urines; l'ensemble de ces symptômes reparaissait depuis quelques jours par accès le matin à 11 heures; on crut qu'il annonçait une *fièvre intermittente pernicieuse;* en effet, il se réproduisit trois ou quatre fois en quatre ou cinq jours; pendant ce tems il y eut des rémissions qui approchèrent d'une intermission complète; la déglutition étant impossible, on pensa qu'il serait utile de recourir à des moyens externes; en conséquence on appliqua pendant trois jours consécutifs des sangsues aux tempes, (au nombre de 36, c'est-à-dire 12 chaque fois), mais sans effet; ensuite on essaya l'usage d'emplâtres saupoudrés de poudre de sulfate de quinine, appliqués aux bras préliminairement dénudés de l'épiderme par des vésicatoires, mais inutilement. Le malade succomba le 18 du même mois, jour auquel le prétendu accès atteignit le plus haut degré d'intensité.

20 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Le crâne étant enlevé, on trouve beaucoup de sang coagulé sur la surface de la dure-mère, le tissu de celui-ci rouge et injecté. La faux du cerveau offre plusieurs points d'ossification. 2°. L'arachnoïde des hémisphères réduite en une bouillie gélatineuse. La pie-mère fortement injectée. 3°. Les vaisseaux sanguins de l'encéphale gorgés de sang. La substance propre de ce viscère plus molle que dans l'état normal. Dans l'hémisphère droit ramollissement considérable d'un pouce et demi occupant le milieu de la paroi externe du ventricule latéral droit; un peu de sérosité dans cette cavité. Dans

l'hémisphère gauche ramollissement assez remarquable d'un pouce, occupant le milieu de la face inférieure, ou pour mieux dire, le milieu du lobe moyen; le centre du noyau ramolli présente une matière puriforme. Le ventricule latéral du même côté est distendu par deux à trois onces de sérosité; les toile et plexus choroïdiens offrant un aspect verdâtre, sont pour ainsi dire détruits. Le cervelet est seulement un peu moins consistant que dans l'état naturel, la moëlle allongée est saine.

Poitrine. Poumons adhérens aux plèvres costales, affaissés et peu crépitans.

Abdomen. Estomac sain; muqueuse des intestins grêles phlogosée. Les autres viscères n'offrent rien de particulier.

Observation LXXXII. – *Ch. Mortier,* âgé de 37 ans, tailleur, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 22 Octobre 1828, malade depuis sept semaines; pendant tout cet intervalle de tems il s'est plaint d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès revenaient tous les après-diners et cessaient vers la nuit. Voici les symptômes que présente le malade: pâleur de la face, abattement et tristesse, regard indifférent, prononciation lente et difficile, voix faible, yeux sans expression, pupilles dilatées, mouvemens volontaires des membres indolores mais affaiblis, rigidité des membres supérieurs, sentiment d'oppression à la poitrine, toux légère et fréquente, inappétence, langue normale, selles régulières, urine teinte, respiration un peu gênée, incomplète et profonde, pouls naturel quant au rythme, mais du reste faible; les facultés intellectuelles et les sensations externes restent intactes; collection de fluide dans l'abdomen.

22 Octobre. On observe le malade, on lui prescrit un peu de nourriture. (*Bouillon.*) (*Ptysane oxym.*)

23 Octobre. Accès fébrile qui est commencé hier à deux heures de l'après-dîner, délire, face rouge, prononciation presqu'impossible, aphonie, decubitus horizontal sur le dos, pouls vif et accéléré, stupeur, membres supérieurs fléchis et roides, tête renversée en arrière, etc. Mort vers la fin du paroxysme, à onze heures de la nuit.

26 Octobre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Adhérence de l'arachnoïde à quelques points de la surface interne de la dure-mère; collection de serum entre cette même surface et la surface correspondante de l'arachnoïde des hémisphères, qui est recouverte d'une couche albumineuse déjà en partie organisée, transparente en plusieurs endroits, et offre un grand nombre de vaisseaux capillaires sanguins vivement injectés. 2°. Ventricules latéraux des hémisphères pleins de sérosité trouble; consistance de la substance du cerveau diminuée. 3°. Même épaississement de l'arachnoïde qui enveloppe le cervelet et la moëlle épinière; l'épanchement a aussi eu lieu dans l'enveloppe arachnoïdienne spinale qui est très-épaissie jusqu'à la hauteur de la 7me vertèbre cervicale. Vaisseaux sanguins de la masse encéphalique gorgés de sang.

Thorax. Les poumons et leurs annexes sont parfaitement sains.

Abdomen. Collection séreuse dans cette cavité. Plaques blanchâtres et albumineuses du péritoine. Estomac et intestins intacts. Substance du foie gorgée de sang, livide et très-molle. Celle de la rate molle et brunâtre; cet organe offre un volume trois fois plus grand que dans l'état normal.

Mais ne nous nous en rapportons pas, ne nous bornons pas aux faits que nous avons recueillis nous-même depuis l'année 1826 jusqu'en 1828. Voyons, consultons aussi les histoires anatomico-pathologiques analogues que

nous ont laissées ceux qui nous ont devancé dans le sentier pénible et difficile de l'observation. En premier lieu, Morgagni rapporte un cas très-remarquable que nous avons textuellement cité dans la section quatrième(1). Le Maire, cité par Parent-Duchatelet et Martinet (2), expose jour par jour l'histoire anatomico-pathologique l'arachnitis à type quotidien. Celle de Deslandes (3) recueillie dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu à Paris, est aussi écrite avec toute la précision désirable. L'arachnoïdite cérébro-spinale intermittente à type quotidien dura 30 jours, et le 31[e] le malade succomba; les lésions organiques trouvées après la mort, n'ont pu laisser le moindre doute sur la nature inflammatoire de la maladie. Ce cas offre une analogie frappante avec celui que nous avons rapporté plus haut (4). Les CIV[me], CVI[me], CVII[me] et CVIII[me] observations minutieusement décrites par M. Parent-Duchatelet et Martinet (5), sont encore très-remarquables; la CVI[me] offre le type tierce, la CVIII[me] le type quarte. Finalement celles d'Ollivier-d'Angers (6), relatives à l'arachnoïdite spinale, concourent avec les précédentes à prouver le caractère d'intermission des symptômes d'une phlegmasie qu'on a peut-être long-tems prise pour une fièvre intermittente pernicieuse.

Les histoires anatomico-pathologiques que nous avons rapportées sous les n[os] LXXVIII et LXXXII, méritent qu'on y réfléchisse mûrement. Chez le premier malade, *J. B. Maes*, nous crûmes reconnaître l'existence d'un

---

(1) V. pag. 91 et suiv.

(2) Ouvrage cité plus haut, pag. 482 et suiv.

(3) V. Dictionn. abrégé des sciences médic. 2[d] vol. Art. Arachnoïdite. pag. 150-152.

(4) V. n° LXXXII. pag. 227.

(5) Ouvrage cité plus haut, p. 485, 495-497.

(6) Traité de la moëlle épinière et de ses maladies. Paris, 1827. in-8. 2[d] vol. p. 563 et suiv.

accès pernicieux, et nous fûmes d'autant plus raffermis dans le plan de traitement à suivre que déjà une première dose du fébrifuge par excellence semblait avoir prévenu le retour du prétendu paroxysme; d'après cela nous avions l'espoir fondé de sauver le malade, et cependant le résultat a prouvé d'une manière cruelle combien nous nous étions trompé; puisque cet homme mourut subitement dans la matinée du jour suivant, sans avoir offert la moindre trace d'un phénomène qui eut pu faire soupçonner le retour de l'accès fébrile.

L'autre patient, *Ch. Mortier*, est atteint en apparence de fièvre intermittente à type quotidien, au moins la maladie a suivi cette espèce de périodicité pendant un intervalle de sept semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital; voulant nous assurer autant que possible de la réalité du prétendu paroxysme, et afin de pouvoir administrer le sulfate de kinine avec plus de sécurité, nous suivons le sage précepte *expecta*. Nous sommes déconcerté encore une fois, car le malade succombe la nuit suivante, lorsque l'accès touche à sa fin; les nécropsies faites avec tous les soins dont nous sommes capable, ont démontré le siége et la nature de la lésion qui avait accéléré le terme fatal. D'ailleurs nous n'aurions pas obtenu plus de succès en donnant pendant l'apyrexie le sulfate de kinine; car les mutations morbides trouvées dans le tissu de la séreuse cérébrale n'étaient pas susceptibles d'être enlevées par aucun des moyens que l'art prescrit; si on pouvait encore douter de la vérité de cette assertion, on n'a qu'à jeter les yeux sur les cas rapportés ci-dessus par Deslandes, Le Maire, Parent-Duchatelet et Martinet.

Puisque les symptômes de l'arachnitis peuvent offrir l'intermission la plus complète, comment découvrira-t-on son existence? Quoique la solution de cette question ne soit pas facile, cependant elle résulte en partie des con-

séquences que l'on peut déduire des faits que nous venons de discuter; et en premier lieu de l'identité des symptômes qui se manifestent dans les deux variétés d'arachnitis cérébrales ci-dessus indiquées; 2° de l'identité des causes excitantes; 3° des lésions organiques que nous présente le tissu de la séreuse cérébrale à la suite de ces affections; 4° des terminaisons tout-à-fait semblables telles que l'épanchement séreux et purulent, l'adhérence des membranes encéphaliques entr'elles, la formation de pseudo-membranes ou la déposition d'une matière gélatiniforme plus ou moins organisée entre les différens feuillets de l'arachnoïde; 5° et finalement des insuccès qui suivent l'usage des stimulans toniques donnés pendant le tems de l'intermission; loin d'empêcher le retour des prétendus accès fébriles, il l'accélère toujours, les prolonge et augmente singulièrement la violence de tous les symptômes caractéristiques. A ces données positives nous pouvons encore ajouter que lorsque l'identité de deux maladies en apparence si différentes, est prouvée d'une manière directe, la périodicité observée quant à la manifestation des symptômes qui décèlent l'une d'elles, et semble établir entr'elles une différence marquée, ne doit plus être considérée que comme un phénomène de peu d'importance, et dépendant d'une modification du système nerveux inappréciable pour nous dans l'état actuel des connaissances médicales.

Au reste, nous sommes convaincu que l'insuccès des moyens antiphlogistiques, que l'on tenterait pour combattre l'arachnitis intermittente, ne prouve rien contre leur usage; parce qu'il en est de cette variété singulière l'inflammation comme de tant d'autres phlegmasies, qui deviennent mortelles, parce qu'elles ont désorganisé les tissus, changé les rapports normaux des organes envahis, et par conséquent éteint les fonctions dont ils étaient chargés.

Les fièvres pernicieuses délirantes, phrénitiques, apoplectiques ou comateuses observées et combattues victorieusement, indiquent une congestion sanguine aiguë pendant le paroxysme; aussi les habiles observateurs qui les ont décrites, tels que Torti, Lancisi, Lauter, etc., ne se hasardent à donner les fébrifuges qu'après avoir préliminairement fait tirer du sang; lorsqu'ils pensent n'avoir plus rien à craindre de la part des congestions sanguines dans l'encéphale, ou en d'autres termes lorsqu'ils n'observent plus des symptômes d'afflux de sang vers le cerveau, alors ils administrent le kina, et le succès justifie la justesse de leur manière de voir. Cependant comme nous l'avons déjà dit, nous sommes loin de penser que toutes les intermittentes simples ou pernicieuses avec symptômes d'affection de l'encéphale, soient des arachnitis.

Il nous paraît donc prouvé autant par l'observation directe que par l'expérience, que les phlegmasies des membranes séreuses sont intermittentes dans certains cas, qui ne se rencontrent pas souvent; ce point de théorie médicale est certainement du plus haut intérêt, parce qu'il éclaire la doctrine que nous avions aveuglément adoptée jusqu'ici sur la nature de quelques intermittentes pernicieuses. Nous ne croyons pas que le caractère d'intermission observée dans l'arachnoïdite cérébro-spinale dépende de la cause excitante, mais bien du tissu affecté; au surplus il nous paraît probable que le trouble des fonctions intellectuelles prend sa source dans un état morbide de l'encéphale difficile à définir et qui accompagne nécessairement la phlegmasie de son enveloppe; car les fonctions des organes se dérangent toujours plus ou moins quand leurs membranes recouvrantes sont vivement irritées. L'observation journalière ne laisse aucun doute à cet égard. Or, combien

d'affections de la portion centrale du système nerveux n'offrent pas la périodicité la plus régulière et la plus constante; ainsi l'intermittence d'une phlegmasie, telle que celle sur laquelle nous rappelons l'attention des médecins, n'offre rien d'invraisemblable aux yeux de l'observateur qui n'est prévenu ni par des opinions systématiques, ni par des préjugés profondément enracinés dans son esprit. En effet si la véritable théorie de l'arachnoïdite cérébro-spinale n'a pas été établie plutôt, il faut l'attribuer au défaut de notions exactes, à la rareté de faits assez concluans, au manque de soin avec lequel on observe l'état pathologique des organes après la mort, et finalement à la difficulté ainsi qu'au dégoût qui accompagnent ces sortes de recherches; car les phlegmasies aiguës et chroniques de l'arachnoïde cérébro-spinale s'observent beaucoup plus souvent qu'on ne se l'est d'abord imaginé. L'esprit prévenu en faveur de l'un ou de l'autre système plus ou moins fondé, nous observons les faits sans les voir sous leur vrai point de vue. Enfin il se glisse de l'homme par-tout, et peut-être dans la manière de décrire les maladies plus que dans toute autre chose.

SECTION DIXIÈME.

Avant de terminer ce chapitre, nous donnons un certain nombre d'observations cliniques recueillies pendant l'épidémie qui a régné durant les mois d'Avril, Mai, Juin et Juillet 1828; elles prouveront que les fièvres intermittentes de types différens se compliquent assez souvent de congestions sanguines aiguës dans l'encéphale, et donnent lieu à d'importantes réflexions, relativement à la nature et au traitement de ces maladies.

L'année 1828 fut remarquable par une grande humidité et par des changemens brusques et fréquens dans la température. Lorsqu'on joint à ces causes générales les fatigues prolongées du corps, exposé tantôt pendant dix heures à l'action vive d'un soleil ardent, tantôt à celle de pluies froides qui duraient deux ou trois jours; l'excès des spiritueux, l'abus de l'eau froide quand la surface cutanée est arrosée de sueurs profuses; les chagrins domestiques, la mauvaise nourriture ou le choix d'alimens indigestes et insalubres; on ne s'étonne plus de la manifestation d'une maladie compliquée de réactions inflammatoires ou subinflammatoires, qui fixent leur siège dans la portion centrale de la vie de relation, dont les fonctions exercent une si grande influence sur la santé de l'homme destiné à vivre dans la société de ses semblables.

A Gand, les fièvres intermittentes tierces et quotidiennes, règnent épidémiquement à deux époques distinctes de l'année, le Printems et l'Automne. Pendant le Printems elles offrent des complications inflammatoires assez fréquentes qui affectent de préférence les poumons ou l'appareil musculaire des membres, plus rarement la muqueuse gastro-intestinale. L'Automne fournit plutôt les complications de même nature dans l'appareil digestif et les diverses nuances d'irritation connues chez les anciens sous le nom d'*embarras gastriques* ou *foyer :* de plus, un grand nombre de nos ouvriers passent les mois de Septembre et d'Octobre dans des champs marécageux voisins de la mer nommés *Polders,* pour aider à y faire la récolte; ils en reviennent atteints de fièvres intermittentes assez rebelles à types tierce et quarte. Ces dernières sont rarement accompagnées de phlegmasies ou d'irritations subinflammatoires. Pendant l'été de 1828, la constitution de l'atmosphère conjointement avec les causes précitées, firent éclore beaucoup plutôt que

les autres années, l'épidémie annuelle des intermittentes printannières et automnales; elles offrirent aussi constamment la complication de congestion sanguine aiguë dans l'encéphale, très-rarement celle de l'arachnitis cérébro-spinale. Parmi un grand nombre d'observations recueillies aux deux époques indiquées, nous avons choisi les plus saillantes, parce qu'elles se rattachent en quelque sorte à l'arachnoïdite aiguë, dont elles offrent les premières nuances comme il a été démontré au commencement de ce chapitre. Maintenant nous laisserons parler les faits.

Observation LXXXIII. – *Th. Jonkheere*, âgée de 44 ans, femme mariée, d'une constitution sanguineo-lymphatique, enceinte de 6 mois pour la quatrième fois, entre dans l'hôpital civil de Gand le 1 Avril 1828, malade depuis dix jours; elle se plaint de fièvre intermittente tierce, dont les accès se manifestent vers midi et finissent le soir par des sueurs profuses; pendant le tems l'apyrexie, elle accuse les symptômes suivans, qui augmentent en intensité à l'invasion du froid : douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur de la tête, pulsations des tempes, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, mouvemens volontaires des membres lents, difficiles et douloureux; au reste face animée et rouge, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles contractées, somnolence et pourtant insomnie, prononciation lente, voix faible, respiration normale, pouls faible et fréquent, concentré pendant l'apyrexie; inappétence, bouche amère, nausées, langue jaunâtre, goût dépravé, température de l'enveloppe dermoïde presque naturelle, ou du moins peu élevée; urine rougeâtre, peu sédimenteuse; l'accès fébrile est venu hier.

2 Avril. (*X sangsues aux tempes; lavement; ptysane oxym.; diète.*)

3. Mieux. La pesanteur et la douleur de l'encéphale, les pulsations des tempes sont disparues, pouls faible et lent, face pâle et composée, pupilles naturelles, sommeil de quatre heures, mouvemens des membres, faciles et indolores, prononciation et voix claires, l'amertume de la bouche et l'inappétence restent; déjection alvine petite, paroxysme à midi. (*Aq. laxat.* ℥*iv*, *P. Sal. glaub.* ℥*s*, *Mell. despum.* ℥*i. toutes les deux heures une cuillère à soupe; diète; ptysane oxym.*)

4. Quatre déjections alvines liquides assez copieuses, retour de l'appétit, langue humide et blanchâtre, absence d'amertume et de nausées, sommeil bienfaisant, l'encéphale reste dégagé, pouls faible et lent. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

5. A midi paroxysme prolongé jusqu'à six heures du soir et terminé par des sueurs profuses, sentiment de faiblesse générale, pouls faible et peu fréquent; la malade ne souffre nulle part. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

6. Apyrexie complète; du reste même état qu'hier. (*Mêmes prescriptions quant aux alimens. R. P. Sulf. kininæ gr. xx, Sacch. albi* ʒ*i*, *M. f. d. n° x; la malade prendra cette dose ainsi divisée demain matin depuis six heures jusqu'à onze heures et demie.*)

7. L'accès est reparu à midi, mais il n'a pas duré une heure; sueurs profuses, l'appétit se prononce, la malade se sent parfaitement bien. (*Mêmes alimens: ptysane oxym.*)

8 Avril. En tout bien. Le pouls reste naturel et se relève un peu.

9. L'accès fébrile n'est plus revenu; appétit bon, les forces reviennent, etc. (*Mêmes alimens; ptysane oxym.*)

10, 11, 12, 13 et 14. Convalescence complète.

Observation LXXXIV. – Le nommé *Ant. Elias*, âgé de 17 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine et bien développée, entre dans l'hôpital civil de Gand le 10 Avril 1828, malade depuis huit jours; il se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès reviennent tous les jours à onze heures du matin et se terminent vers trois heures de l'après-midi par des sueurs profuses; néanmoins, malgré la disparition du paroxysme, le malade accuse tous les symptômes de congestion sanguine active et continue dans l'encéphale, lesquels deviennent plus violens à l'approche du paroxysme, sur-tout pendant le stadium frigoris; le pouls est fréquent, petit et tendu, la respiration fréquente et entière; puis il y a amertume de la bouche, fréquentes nausées, quelquefois suivies d'évacuations bilieuses abondantes, soif, inappétence, langue humide et jaunâtre, selles rares, urine rougeâtre et légèrement sédimenteuse, la chaleur de la peau est un peu augmentée, etc.; accès fébrile à onze heures du matin.

11 Avril. Retour de l'accès à la même heure; du reste même état qu'hier. (*VIII sangsues aux tempes; ptysane oxym.; diète.*)

12. Mieux. Les symptômes de congestion sanguine sont disparus, sueurs profuses, sommeil de quatre heures, pouls mou et fréquent, apyrexie, bouche toujours amère, nausées fréquentes, vomiturition de matière bilieuse, une déjection alvine, inappétence, etc. (*Pulv. emet. gr. j, Sacch. albi* ℥*i, pro dosi; ptysane oxym.; diète.*)

13 Avril. Hier retour de l'accès vers le soir; évacuation abondante de matière bilieuse par la bouche, langue nette, absence de saveur amère, sommeil bienfaisant, pouls mou et fréquent, sueurs, etc. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

14. De mieux en mieux. Apyrexie, pouls naturel, une déjection alvine, appétit vif, etc. (*Idem.*)

15. Paroxysme à onze heures du matin; du reste, le malade se sent bien portant, le type de la fièvre est devenu *tierce*. (*Idem.*)

16. Apyrexie complète; en tout bien. (*Idem. R. Pulv. Sulf. kininæ gr. x, Sacch. albi ℥i, fiant dos. n° v. à prendre demain matin depuis huit heures jusqu'à dix heures et demie.*)

17. L'accès est revenu, il a été léger et n'a duré qu'une heure; sauf l'accés, le malade a de l'appétit et digère bien. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

18. En tout bien. (*Soupe grasse.*)

19. Encore un léger accés. (*On répète le fébrifuge; le malade en prendra la moitié demain et l'autre moitié après-demain.*)

20 – 21. Apyrexie complète. On continue l'usage du fébrifuge à raison de quatre grains par jour jusqu'au 28, le malade est convalescent le 30 du même mois.

Observation LXXXV. – *Col. van Caneghem*, servante, non mariée, âgée de 25 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine, a toujours été bien réglée, elle entre dans l'hôpital civil de Gand le 30 Avril 1828, malade depuis douze jours, et atteinte d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès très-bien dessinés au commencement arrivent régulièrement tous les matins à cinq heures et demie; seulement depuis trois jours au lieu de périodes nettement tracées, la fièvre est devenue continue rémittente, et manifeste ses exacerbations vers la même heure déjà mentionnée; pendant le jour, la malade accuse les symptômes suivans qui augmentent en violence vers le tems ci-dessus indiquée: céphalalgie violente accompagnée de pesanteur de la tête, occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, chaleur brûlante du front, face rouge et gonflée,

yeux étincelans, pupilles dilatées sans changement de couleur de la cornée transparente, somnolence et pourtant insomnie, prononciation lente et difficile, voix faible, facultés intellectuelles et sensations externes normales, mouvemens volontaires des membres lents, difficiles et douloureux; respiration fréquente, incomplète et gênée, douleur vive et vague au côté gauche de la poitrine, toux légère sans expectoration, pouls vif, dur et développé, appétit nul, soif, langue sèche et blanchâtre, selles régulières, urines rouges.

1 Mai. (*XII sangsues aux tempes; mixt. antiphlog.; diète; ptysane oxym.*)

2. Mieux. La céphalalgie, les pulsations des tempes, la pesanteur et la chaleur brûlante au front sont disparues; face pâle et composée, sommeil tranquille de six heures, prononciation naturelle, voix claire, absence de douleur à la paroi gauche du thorax, respiration régulière, pouls lent et naturel, urine briquetée, mouvemens des membres indolores et faciles, yeux normaux, soif nulle excepté pendant l'accès, qui est revenu ce matin à cinq heures et demie, selles retardées, inappétence, etc. (*Ptysane oxym.; lavement; diète.*)

3. Même état qu'hier. L'accès est revenu à cinq heures et demie du matin, sentiment de faiblesse générale, pouls naturel, l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

4. Idem. L'accès fébrile est encore revenu à la même heure, une déjection alvine. (*R. P. torti flav. ℥ß, Sulf. kininæ gr. x, Mell. despum. q. s. ad elect. moll. Le malade prendra cet électuaire en six portions égales depuis onze heures du soir jusqu'à cinq heures du matin; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

5. L'accès n'est plus revenu ce matin, pouls naturel, sentiment de bien-être général, appétit vif, sueurs géné-

rales et bienfaisantes, etc. (*Soupe grasse, ptysane oxym.; repetatur febrifugum.*)

6, 7 et 8 Mai. La malade n'a pris jusqu'aujourd'hui le médicament prescrit qu'en petites doses; on ne lui en administre d'abord que la moitié, et plus tard que le tiers dans les vingt-quatre heures. La convalescence ne fut complète que le 22, attendu que par un écart dans le régime il y eut un retour de l'accès, qui fut victorieusement combattu par les mêmes moyens.

Observation LXXXVI. – *J. Hye*, âgé de 23 ans, ouvrier d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand malade depuis huit jours; il se plaint de fièvre intermittente tierce dont les accès reviennent régulièrement le matin à huit heures et demie; pendant l'apyrexie, le malade accuse les symptômes suivans: céphalalgie violente occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, pesanteur, légers vertiges, tintement des oreilles, vomissement de matière bilieuse, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, somnolence et pourtant insomnie, mouvemens des membres faibles, lents et difficiles, decubitus horizontal, face rouge, chaleur brûlante au front, yeux brillans, cornées transparentes injectées, pupilles dilatées, inappétence, langue rouge, blanchâtre au milieu, plissée sur ses bords et humide; pouls vif, fréquent et développé, respiration normale et fréquente; la température de la surface cutanée est très-élevée, cette surface est humide; urine rougeâtre. Le 16 Mai 1828, jour de l'entrée, l'accès revient à huit heures et demie du matin.

17 Mai. Même état. (*X sangsues aux tempes, mixt. antiphl.; diète; ptysane oxym.*)

18. Amélioration sensible. La céphalalgie, les pulsations des tempes et la pesanteur de la tête sont disparues

comme par enchantement; l'encéphale est parfaitement libre. Sommeil de quatre heures, sueurs générales, une déjection alvine copieuse, face pâle et composée, pouls fréquent, mais du reste mou et presque naturel, urine sédimenteuse; accès fébrile à neuf heures du matin. (*Mixt. antiphl.; ptysane oxym.; diète.*)

19 Mai. L'amélioration se soutient; l'appétit revient, moiteur de la peau, langue normale, sommeil tranquille, pouls faible et fréquent, mouvemens volontaires faciles et indolores, urine sédimenteuse, etc. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

20. Même état qu'hier. Le malade sent un appétit vif; accès fébrile à neuf heures du matin, etc. (*Idem.*)

21. Idem. (*R. Pulv. Sulf. kin. gr. xv, – torti rubri ℥ s, Mell. despum. q. s. ad linct. à prendre demain depuis quatre jusqu'à huit heures et demie du matin.*)

22. Aujourd'hui jour de l'accès fébrile, apyrexie complète; du reste le malade se porte bien, l'appétit reste toujours vif, urine naturelle, une déjection alvine. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

23. Par continuation mieux. (*Soupe grasse; on répète le fébrifuge, à prendre dans l'espace de deux jours.*)

24, 25 et 26. L'accès n'a plus reparu, et le malade est sorti convalescent le 3 Juin suivant.

Observation LXXXVII. – *P. vanden Hende,* ciseleur en fer, d'une constitution sanguineo-lymphatique, âgé de 23 ans, entre dans l'hôpital civil de Gand le 17 Mai 1828, malade depuis cinq jours; il se dit atteint dès l'invasion de la maladie, d'une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès réguliers reviennent vers dix heures du matin, et se terminent à deux heures de l'après-midi par des sueurs profuses; néanmoins quand l'accès est fini, il accuse les symptômes suivans: cépha-

lalgie intense occupant toute l'étendue de l'encéphale et principalement la région susorbitaire, pulsations des tempes, pesanteur de la tête, mouvemens volontaires des membres lents, douloureux et difficiles, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, voix faible, prononciation difficile, chaleur brûlante et sèche au front, yeux brillans, légèrement injectés, très-sensibles à la lumière, paupières presque closes, pupilles contractées, face rougeâtre, air de souffrance, traits de la physionomie legèrement convulsés, somnolence, decubitus horizontal, insomnie, sueurs profuses excepté à la région frontale; respiration fréquente et facile, le pouls, quand le paroxysme est fini, reste vif, dur et développé; inappétence, langue blanchâtre au milieu, plissée et rouge sur les bords, selles rares, urines rouges, température de la peau très-élevée, la fièvre paraît tendre vers la continuité.

18 Mai. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang une demi-heure; lavement; diète; ptysane oxym.*)

19. Mieux. Les symptômes relatifs à la congestion du sang dans l'encéphale ont disparu; sommeil de six heures, sueurs abondantes, pouls fréquent, mou et un peu développé; face composée et pâle, la chaleur brûlante et sèche au front est remplacée par de la moiteur; pupilles et cornées transparentes normales; le malade se meut facilement dans son lit, un peu de soif, langue développée humide et offrant sa couleur normale, selles retardées paroxysme fébrile vers midi. (*R. Aq. laxat. vienn.* ℥ *iij pro dosi; diète: ptysane oxym.*)

20. Le malade se sent bien portant; paroxysme fébrile à la même heure qu'hier, passé lequel, aucun symptôme alarmant ne se manifeste; cinq selles liquides, sommeil sueurs bienfaisantes; l'appétit se fait sentir, la soif a cessé même état du pouls qu'hier, etc. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

21, 22 et 23 Mai. L'amélioration se soutient; le paroxysme est revenu à une heure et demie de l'après-diner; du reste, pendant l'apyrexie, le malade se porte assez bien; appétit vif, selles régulières, ets. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

24. Idem. L'accès fébrile est encore revenu à une heure et demie. (*Idem. R. Pulv. Sulf. kinin. gr. xx, – Sacch. albi ℥i, div. in dos. nº iv. à prendre depuis huit heures du matin jusqu'à une heure de l'après-midi.*)

25. Le paroxysme est revenu hier á la même heure, mais il a été très-court; du reste le malade se porte bien. (*Rep. dosis; on donnera le fébrifuge de la même manière que le jour précédent; soupe grasse.*)

26. Hier apyrexie complète: néanmoins on continue encore l'usage du fébrifuge pendant deux jours à raison de dix grains par jour. Le malade est entré en pleine convalescence le 2 Juin suivant.

Observation LXXXVIII. – *F. Delvau*, âgé de 20 ans, ouvrier, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 23 Mai 1828, malade depuis quatre jours; il se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accés reviennent tous les jours à quatre heures de l'aprés-midi, et se terminent par des sueurs qui durent jusqu'à onze heures du soir; pendant l'apyrexie il accuse les symptômes suivans: céphalalgie vive occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, élancemens qui reviennent par intervalles, pulsations des tempes, somnolence et pourtant insomnie, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, mouvemens des membres lents, difficiles et douloureux, face rouge, chaleur brûlante au front, prononciation lente et difficile, voix faible, yeux injectés, pupilles contractées, bouche amére, nausées, inappétence, selles rares, pouls

concentré, vif et accéléré, respiration fréquente et naturelle, peau sèche et brûlante, urines rougeâtres.

24 Mai. Accès fébrile l'après-dîner à quatre heures. (*VIII sangsues aux tempes; pot. oxym.; lavement; diète.*)

25. Tous les symptômes locaux ci-dessus mentionnés sont diminués; le pouls reste encore vif et assez développé, sommeil de trois heures, une selle copieuse, vomissemens bilieux; accès fébrile à quatre heures de l'après-dîner, etc. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang une demi-heure; diète; ptysane oxym.*)

26. Amélioration sensible; la céphalalgie, la pesanteur, les pulsations des tempes et la somnolence sont disparues; sommeil de quatre heures, face composée, mouvemens volontaires faciles et indolores, absence de soif, l'amertume de la bouche a cessé; pouls mou et fréquent, sueurs profuses, respiration normale, voix sonore, prononciation facile, urine sédimenteuse, une déjection alvine; accès fébrile à quatre heures de l'après-midi. (*Diète; ptysane oxym.*)

27. L'amélioration se soutient; sommeil tranquille, mouvemens volontaires normaux, pouls mou et fréquent, une déjection alvine, urine sédimenteuse, l'appétit se fait sentir; accès à-peu-près à la même heure qu'hier. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

28. Même état qu'hier. L'appétit se prononce, le malade se porte bien pendant l'apyrexie, accès fébrile vers le soir. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

29. Même état. (*Idem. R. P. torti flavi ℥i, Sal. ammon. ʒi, Mell. despum. q. s. ad elect. à prendre depuis dix heures du matin jusqu'à trois heures et demie de l'après-dîner.*)

30. Le paroxysme est revenu, il a été très-court; sommeil bienfaisant, appétit bon, urine normale. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

31 Mai. En tout bien. Le paroxysme fébrile est revenu hier à neuf heures du soir, il a duré une heure. (*Idem.*)

1 Juin. En tout bien. (*R. P. torti flavi ℥i, Sal. ammon. ʒi, Mell. despum. q. s. ad elect. à prendre quatre heures plus tard que le 29 Juin.*)

2. Apyrexie complète hier soir; appétit bon, etc.; en continuant l'usage du fébrifuge prescrit à raison de trois gros par jour jusqu'au 6 Juin, le malade est entré en pleine convalescence.

Observation LXXXIX. – Le nommé *Fr. de Gravé*, âgé de 25 ans, charpentier, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 31 Mai 1828, malade depuis dix jours; il se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès reviennent régulièrement à minuit, et finissent le lendemain matin par des sueurs profuses; néanmoins malgré la disparition des paroxysmes, le malade accuse tous les symptômes si souvent énumérés dans les observations qui précèdent, et qui indiquent une congestion sanguine aiguë et continue dans l'encéphale; pendant l'accès, leur violence s'accroît singulièrement; il y a inappétence, la langue est enduite d'une matière jaunâtre, la bouche amère; au surplus soif, selles irrégulières, urine légèrement sédimenteuse, pouls régulier mais fréquent et concentré; lorsque l'accès fébrile est disparu, la température de la peau reste élevée, etc.

1 Juin. (*VIII sangsues aux tempes; après la saignée, R. Pulv. Rhei elect. ʒi, pro dosi; diète; ptysane oxym.*)

2. Beaucoup mieux. Les symptômes de la congestion sanguine sont disparus, paroxysme fébrile à onze heures de la nuit, sommeil de quatre heures; trois déjections alvines, la bouche est nette, la langue normale, absence de soif, l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

3 Juin. Par continuation mieux. Le paroxysme est encore arrivé la nuit dernière à onze heures. (*Idem.*)

4. Même état. Retour du paroxysme comme la nuit précédente. (*Idem. R. Pulv. Sulf. kinin. gr. xx, Sacch. albi ʒi, f. d. n° iv. à prendre depuis quatre heures de l'après-midi jusqu'à dix heures et demie du soir.*)

5. Apyrexie complète la nuit passée; le malade a bien reposé, selles régulières, appétit vif, etc. (*Rep. eadem dosis. On donne la moitié de la dose prescrite dans le même intervalle de tems: soupe grasse.*)

6. En tout bien.

7, 8 et 9. En continuant l'usage du fébrifuge à raison de six grains par jour, le malade est sorti convalescent le 13 Juin.

Observation XC. – *Jeanne Scheermuys*, fille âgée de 15 ans, irrégulièrement réglée, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine, entre dans l'hôpital civil de Gand le 4 Juin 1828, malade depuis quatre à cinq jours: elle est atteinte d'une fièvre tierce dont les accès qui ont déjà eu lieu au nombre de trois, se manifestent à quatre heures de l'après-diner, et se prolongent jusqu'après minuit; passé ce tems, il n'y a pas d'apyrexie complète, puisque la malade se plaint des symptômes suivans: céphalalgie vive occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pesanteur et de pulsations des tempes; chaleur brûlante au front, face animée, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, pupilles contractées, prononciation lente et difficile, voix faible, mouvemens volontaires des membres lents et douloureux, accablement général, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, respiration fréquente, incomplète et gênée; pouls vif, accéléré et concentré, inappétence, soif, langue rouge, lancéolée, échancrée à

son bord, sèche; douleurs abdominales vagues, abdomen normal, selles retardées, peau brûlante et sèche, urines rouges; accès fébrile à quatre heures après-midi du jour d'entrée.

5 Juin. (*X sangsues aux tempes; mixt. antiphl.: diète; ptysane adouciss.*)

6. Mieux. Une selle copieuse de fæces dures, la céphalalgie, la pesanteur et les pulsations des tempes sont disparues; sommeil tranquille de quatre heures, face composée, yeux normaux, voix sonore, prononciation claire, mouvemens des membres faciles et indolores, la douleur abdominale a cessé, langue humide, développée et unie à son bord, sueurs copieuses, pouls fréquent, presque normal, peu de soif, inappétence, paroxysme à quatre heures de l'après-dîner. (*Ptysane adouciss.; diète.*)

7. L'amélioration générale se soutient; sommeil, sueurs, apyrexie, une déjection alvine, il n'y a plus de soif, langue normale, température de l'organe cutané naturelle, l'appétit se fait sentir. (*Soupe maigre: ptysane oxym.*)

8. Idem. Accès fébrile vers la même heure que les jours précédens. (*Idem.*)

9. Apyrexie, une selle, l'appétit se prononce, etc. (*Soupe grasse.*)

10. De mieux en mieux. L'accès fébrile est revenu à neuf heures du matin, il s'est prolongé jusqu'au soir; pouls faible et fréquent, l'appétit se soutient, etc. (*Soupe grasse.*)

11. Apyrexie complète, l'état de la malade est très-satisfaisant. (*R. P. Sulf. kininæ gr. xx, Sacch. albi ʒi, f. dos. nº viij. La malade prendra six poudres dans l'espace de cinq heures en commençant demain depuis quatre heures du matin; du reste, même prescription quant aux alimens.*)

12. L'accès est revenu à neuf heures, mais il a été

très-léger et n'a duré que deux heures; du reste la malade se sent guérir. (*Repetatur eadem dosis: on donnera quatre poudres demain et autant après-demain.*)

13 – 14 Juin. L'accès n'est plus revenu, et l'usage du fébrifuge ayant été continué pendant trois jours à raison de six grains par vingt-quatre heures, cette fille est entrée en pleine convalescence le 22 du même mois.

Observation XCI. – *Fr. Alyn*, veuve, âgée de 50 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 23 Juin 1828, malade depuis trois semaines; elle se plaint de fièvre intermittente dont les accès reviennent très-irrégulièrement et laissent des intervalles d'apyrexie de trois à quatre jours; elle accuse les symptômes suivans: céphalalgie violente occupant toute l'étendue de l'encéphale et accompagnée de pesanteur, de pulsations des tempes et d'accablement général; puis chaleur brûlante au front, face rouge, regard hébété, pupilles dilatées, prononciation lente et difficile, voix presqu'éteinte, somnolence et pourtant insomnie, mouvemens des membres douloureux, difficiles et lents, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, respiration lente et incomplète, pouls lent, petit et concentré, langue sèche et blanchâtre, bien développée, peu de soif, inappétence, constipation, decubitus horizontal, température de l'organe cutané assez élevé, urine sédimenteuse. Cette femme est pléthorique, elle exerce le métier de fileuse de coton et n'est plus réglée depuis un an; du reste, les symptômes ci-dessus énumérés deviennent plus intenses pendant l'accès fébrile, dont les sueurs n'amènent pas la cessation.

24 Juin. (*Artériotomie de la temporale de ℥xv; lavement: diète: ptysane oxym.: mixt. antiphl. Toutes les deux heures une cuillère à soupe.*)

25 Juin. Amélioration sensible; sueurs profuses, égales et générales, sommeil de six heures, la céphalalgie, la pesanteur et les pulsations des tempes sont disparues; face pâle et composée, pupilles naturelles, prononciation et voix normales, la malade se meut facilement et ses mouvemens sont indolores; respiration bonne, pouls plus développé qu'hier, le nombre des pulsations est égal à celui de l'état normal, peu de soif, il y a eu ce matin à onze heures un accès fébrile, qui n'a offert aucune circonstance digne de remarque; une déjection alvine copieuse, inappétence. (*Mixt. antiphl.; ptysane oxym.; diète.*)

26. L'amélioration se soutient; accès fébrile ce matin à la même heure qu'hier, l'appétit se fait sentir, pouls faible et régulier. (*Soupe maigre: ptysane oxym.*)

27. Violent paroxysme aujourd'hui commencé à neuf heures du matin et prolongé jusqu'à trois heures de relevée, tems auquel il se termine par des sueurs très-abondantes; pouls faible et fréquent; du reste, la malade sent un appétit très-vif, et n'offre plus nulle part la moindre trace d'une affection quelconque, etc. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

28. Même accès fébrile revenu à la même heure avec la même violence, etc. (*Idem.*)

29. Idem; du reste la malade se sent bienportante. (*R. P. Sulf. kininæ gr. xx, Sacch. albi ℥i, div. in dos. nº iv. à prendre demain depuis quatre jusqu'à huit heures et demie du matin.*)

30. L'accès n'est plus revenu, l'appétit se prononce, pouls faible et fréquent, moiteur générale, déjection alvine normale, etc. (*Repet. dosis; on en donne la moitie demain matin dans le même espace de tems; soupe grasse; ptysane oxym.*)

1 Juillet. Apyrexie, le pouls est normal, l'appétit bon, etc. L'usage du fébrifuge ayant été prolongé pendant

quatre jours, à raison de cinq grains par jour, la malade est entrée en convalescence le 6 Juillet.

Observation XCII. – *Thérèse Calloo,* fille âgée de 20 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, toujours bien réglée et exerçant le métier de fileuse de coton, entre dans l'hôpital civil de Gand le 2 Juillet 1828, malade depuis trois jours; elle se plaint d'une fièvre intermittente quotidienne qui revient régulièrement tous lés matins à sept heures et demie, et se termine par des sueurs vers deux heures après-midi; mais lorsque le paroxysme est disparu, elle accuse les symptômes suivans: céphalalgie violente occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes, de pesanteur et de somnolence, quoique le sommeil n'ait pas lieu; en outre, face rouge et gonflée, yeux brillans sans changement de couleur à la cornée transparente, pupilles contractées, mouvemens des membres difficiles, lents et douloureux, decubitus horizontal, facultés intellectuelles et sensations externes intactes, prononciation lente, voix affaiblie, respiration naturelle, pouls fréquent, petit et concentré, appétit bon, absence de soif, langue normale, selles libres, urines rougeâtres, la peau offre une température plus élevée que dans l'état de santé, elle est sèche; les symptômes énumérés ci-dessus augmentent en intensité pendant le stadium frigoris.

4 Juillet. Accès fébrile ce matin à sept heures; du reste même état qu'hier. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; mixt. antiphl.; diète; ptysane oxym.*)

5. Mieux. Paroxysme à huit heures du matin; sueurs abondantes continues, chaleur brûlante de la peau, sommeil de cinq heures, la pesanteur, la céphalalgie et les pulsations des tempes sont disparues; face pâle et com-

posée, pupilles normales, voix claire, prononciation nette, mouvemens des membres faciles et indolores, pouls fréquent, mou et offrant son développement normal, l'appétit persiste, une déjection alvine, urine briquetée. (*Mixt. antiphl.; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

6 Juillet. L'amélioration se soutient; sommeil tranquille, le paroxysme est revenu à huit heures du matin; du reste appétit bon, moiteur générale, pouls normal après l'accès. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

7. Idem; retour de l'accès comme les jours précédens; du reste même état. (*Idem.*)

8. L'accès est encore revenu à la même heure, la malade se porte bien pendant l'apyrexie, etc. (*Idem. R. P. Sulf. kininæ gr. xx, Sacch. albi ℥ i, f. dos. n° iv. à prendre demain matin depuis quatre jusqu'à sept heures et demie.*)

9. L'accès n'est plus revenu; moiteur générale, pouls naturel, l'appétit est vif, la malade se lève, etc. (*Rep. eadem dosis; on donnera la moitié de la dose demain matin; soupe grasse.*)

10. Apyrexie complète, la malade se sent guérir; l'autre moitié de la dose a été donnée dans l'espace de deux jours. *Th. Calloo* est devenue convalescente le 20 même mois.

Ainsi les observations qui précèdent, démontrent que, quant à leur siège et à leur nature les intermittentes offrent quelquefois des complications très-dangereuses. Une autre conséquence non moins importante résulte de ces mêmes observations, c'est qu'une intermittente à type tierce ou quotidien existe indépendamment des diverses nuances d'inflammation dont est affecté un organe ou une série d'organes, qui ont contracté la prédisposition à s'enflammer par des causes excitantes dont l'action a été faible mais long-tems prolongée. Pour s'assurer de la vérité de cette assertion, on n'a qu'à jeter les yeux

sur les faits que nous venons de consigner; l'observation concernant *F. Delvau*, sous le n° LXXXVIII, et celle qui regarde la veuve *Alyn*, sous le n° XCI, sont concluantes. D'autres faits précieux rapportés dans la sixième section sous les n°s LVII et LVIII, démontrent également ce que nous avançons ici: on peut remarquer que le traitement de la maladie offre deux points capitaux à observer: le premier de combattre la complication inflammatoire par les moyens antiphlogistiques appropriés; le second, d'empêcher le retour des accès de la fièvre. Eh bien! ces deux points ont été exactement observés par nous, et le succès le plus constant a couronné nos efforts. Que l'on remarque encore que nous avons administré le sulfate de kinine avec toute la circonspection que réclament des circonstances aussi impérieuses, bien convaincu que tant qu'il restait la moindre trace de réaction inflammatoire dans l'encéphale, l'administration d'un médicament aussi énergique était éminemment dangereuse et pouvait faire éclater une phlegmasie redoutable dans l'appareil cérébro-spinal. Mais plus bas nous reviendrons sur ce point de théorie médicale; nous allons maintenant nous occuper quelques instans de l'analogie qu'offre l'épidémie observée par nous, avec celle d'autres endroits de ce royaume, décrite par les médecins qui en ont exactement suivi et étudié le développement.

En compulsant les ouvrages des savans médecins (1) qui ont tracé l'histoire de l'épidémie si funeste à la malheureuse ville de Groningue pendant les années 1826 et 1827, nous avons cru trouver une analogie frappante entre cette épidémie et la complication signalée plus haut. Les

---

(1) Bakker, Description abrégée de la maladie populaire qui a régné à Groningue, l'an 1826. Groningue, 1827. in-8. 2de édition augmentée d'un supplément.

effets en furent exactement démontrés par des recherches minutieuses faites sur les cadavres de ceux qui avaient succombé à ce terrible fléau. Voici ce que rapporte le Prof. Thomassen à Thuessink (1), dont nous avons littéralement traduit le texte écrit en langue hollandaise : « Au plus haut degré de l'épidémie, les fièvres, qui » furent pour la plupart rémittentes ou intermittentes » subcontinues, offraient cette particularité qu'elles » étaient accompagnées d'accidens remarquables, tels que » congestions sanguines locales dans la tète, avec pul- » sations des tempes, délire, chaleur et gonflement de » la face, battemens des carotides, etc., qui cédaient à » l'usage des saignées générales et locales, des ventouses, » des fomentations froides et des dérivatifs puissans tels » que les lavemens rafraîchissans, les sinapismes et les » vésicatoires appliqués aux jambes", etc. page 23. Un peu plus bas (page 25), le même savant rapporte une autre affection de l'encéphale qui compliquait la fièvre épidémique de Groningue et qu'il nomme : *febris soporosa* ou *apoplectica*. Quelquefois elle attaquait subitement les malades qui semblaient entrer en convalescence, et les emportait presque toujours après le second accès fébrile; celui-ci était souvent accompagné de convulsions, de roideur, de rougeur et de gonflement de la face, de battement des artères carotides, de pulsations artérielles dures, etc. Plus loin (page 36), l'auteur fait observer que sur cent six nécropsies, la plupart ont offert des changemens notables dans la cavité crânienne, savoir : les sinus et vaisseaux cérébraux gorgés de sang

(1) Thomassen à Thuessink, Revue générale de la maladie épidémique qui a régné à Groningue pendant 1826. Groningue, 1827.

N. B. Dans l'intérêt de la science nous faisons des vœux sincères pour que ces deux ouvrages soient bientôt traduits en langue française.

veineux, et les ventricules latéraux remplis de sérosité. Il cite encore (page 43) un exemple de *febris soporosa* terminée par la mort. La nécropsie fit découvrir une extravasation de sang dans l'hémisphère droit du cerveau, dont les vaisseaux étaient gorgés du même liquide.

Le prof. Bakker (1) rapporte les mêmes faits concernant le siége et la nature des complications qui accompagnaient les fièvres intermittentes tierces, quartes et quotidiennes de Groningue. Finalement une dissertation inaugurale très-intéressante publiée et défendue à Utrecht par M. Nyhoff (2), autre témoin oculaire, fournit un recueil très-riche en observations relatives à cette même épidémie; on y voit que sur 183 nécropsies, 65 ont offert dans l'enveloppe séreuse de l'encéphale des lésions organiques, qui prouvent jusqu'à l'évidence la nature inflammatoire de ces complications; ainsi l'épaississement de l'arachnoïde, son adhérence à la pie-mère et à la dure-mère, la collection de sérosité dans les ventricules latéraux et entre les feuillets de la séreuse cérébrale, sont des effets constans qui montrent à n'en plus douter, que l'intermittente épidémique de Groningue était souvent compliquée d'arachnoïdite aiguë, ou se transformait dans cette phlegmasie lorsqu'elle avait été long-tems abandonnée à la nature.

Lors donc qu'on compare ces résultats avec ceux que nous avons obtenus, l'analogie que nous annoncions entre la maladie de Groningue et celle observée en 1828, est démontrée, au moins quant à la complication inflammatoire qui fixe son siége dans l'appareil cérébro-spinal. Comme les habitans de nos provinces méridionales sont généralement sanguins et plus robustes que ceux des

(1) Ouvrage cité plus haut.

(2) Specimen medicum inaugurale, exhibens observationes de epidemia Groningana anni 1826. Traj.-ad-Rhenum, 1827.

terrains marécageux de Groningue et de ses environs, nous avons été moins obligé de ménager le sang pour enlever la complication, et n'avons dû recourir à l'usage de la kinine que lorsqu'il n'y avait plus de trace de réaction inflammatoire.

Nous voilà maintenant arrivé à la question difficile et délicate de savoir si les fièvres intermittentes sont des gastro-entérites périodiques, et si les irritations intermittentes sont toujours des phlegmasies, etc. Ce que les propositions CCXXI^me et CCXXII^me de la doctrine de M. Broussais (1), établissent de la manière la plus positive. Dans la neuvième section nous avons démontré d'après l'observation qu'il y a des phlegmasies dont les symptômes offrent une intermission complète et qui attaquent de préférence la séreuse du système cérébro-spinal; on a pu se convaincre aussi que ces phlegmasies résistent à tous les fébrifuges qu'on leur oppose, quand s'appuyant sur la périodicité de leurs symptômes, on croit pouvoir les traiter comme des intermittentes génuines.

Nous avons à cette occasion prévenu nos lecteurs que nous n'admettions pas en thèse générale que toutes les fièvres d'accès sont des phlegmasies. En effet, les observations que nous venons de tracer, nous semblent démontrer d'une manière assez concluante que ces mêmes maladies à types tierce, quarte et quotidien sont des névroses qui dépendent d'une réaction morbide accompagnée de faiblesse des organes centraux du système nerveux. D'ailleurs, l'épidémie de Groningue est encore là pour confirmer ce que nous disons ici, car nous voyons que lorsque la congestion sanguine aiguë dans l'encéphale, ou la phlegmasie de la séreuse encéphalique s'est développée, l'intermittente offre une périodicité moins net-

(1) P. 633 et 638.

tement dessinée, que même elle disparait totalement sous l'influence de l'inflammation aiguë; ou bien que les divers stadia qui composent l'accès, se succèdent d'une manière si rapide, qu'il est à peine possible de reconnaître la plus légère intermission. Ce n'est pas la première fois que nous avons eu l'occasion d'observer l'exclusion momentânée de la névrose intermittente qui se manifeste en même tems qu'une phlegmasie éclate dans le même individu; mais aussi nous avons remarqué que, quand l'inflammation avait été victorieusement combattue, la fièvre d'accès reprenait sa marche périodique et ne disparaissait que par l'administration du fébrifuge donné avec toutes les précautions que réclament des maladies aussi graves.

Dans la question qui nous occupe, il y a bien des points difficiles à éclaircir. En premier lieu, nous avons vu des fièvres intermittentes printannières céder à l'application des saignées générales ou locales plusieurs fois répétée; mais dans ce cas, nous croyons avoir observé, et nous le disons ici parce que c'est le moment opportun d'en parler, que la prétendue intermittente était une phlegmasie de la séreuse pulmonaire simulant la marche périodique d'une névrose intermittente proprement dite, ou d'une continue remittente. Les observations consignées dans les quatrième et neuvième sections mettent cette assertion à l'abri de toute espèce de réfutation solide. D'ailleurs il est très-probable que les vives discussions sur la nature des fièvres intermittentes en général, où l'on a émis tant d'opinions diverses à ce sujet, proviennent de ce qu'on a toujours confondu la névrose intermittente avec l'inflammation de l'une ou de l'autre enveloppe séreuse; inflammation qui offre le type tantôt rémittent continu, tantôt parfaitement intermittent de cette névrose. L'erreur dans laquelle

furent entraînés les médecins appelés pour traiter ces sortes d'affections, fut d'autant plus malheureuse que l'emploi des stimulans fébrifuges dut amener très-souvent les résultats les plus funestes.

Pour mieux nous assurer de la nature des fièvres intermittentes génuines, nous nous sommes abstenu bien des fois de l'emploi des fébrifuges, pendant l'espace de deux ou trois semaines, et nous nous sommes contenté de prescrire aux malades un régime convenable à leur situation. Eh bien! après un laps de tems si long, nous avons soigneusement observé tous les jours avant et après l'accès, l'état général de l'économie vivante, afin de pouvoir découvrir, s'il était possible, la moindre trace de phlegmasie dans l'un ou l'autre organe, ou dans une série d'organes donnés; non seulement nous n'avons pu découvrir ce que nous cherchâmes avec tant de persévérance; mais encore nous avons remarqué après chaque accès, une diminution graduelle des forces vitales, au point que nous avons été obligé, pour ne pas compromettre l'existence des malades confiés à nos soins, de recourir au fébrifuge par excellence, et de favoriser son action tonique par un régime nourrissant sagement dirigé, par la distraction et par un exercice modéré; et certes la névrose intermittente ne cédait pas facilement.

Si la gastro-entérite, ou bien l'inflammation de l'un ou l'autre appareil constitue la nature des fièvres intermittentes, il nous semble que les moyens antiphlogistiques appliqués pendant l'accès ou pendant l'apyrexie, devraient en prévenir le retour; et si une complication inflammatoire existe, les saignées générales et locales répétées, pourraient enlever les deux affections à la fois; mais l'observation prouve tout le contraire, car quand la congestion sanguine aiguë ou la phlegmasie compliquante a été vaincue, la névrose intermittente per-

siste, et ne cède qu'à l'emploi des fébrifuges toniques appropriés.

On peut objecter avec quelque fondement que les intermittentes se transforment en continues; que devenues mortelles, elles laissent dans les cadavres de leurs victimes des traces non équivoques de lésions organiques qui attestent l'existence d'une inflammation antécédente; mais réfléchissons y bien, ces congestions actives continues, ces phlegmasies et leurs nuances, dont on rencontre les traces après la mort, n'ont pas existé au début de la maladie; elles ont été lentement produites par l'action morbide du système nerveux primitivement affaiblie, laquelle a donné naissance à cette distribution anormale du sang dans certaines portions du réseau capillaire sanguin, très-disposées à s'irriter par l'influence prolongée de causes plus ou moins irritantes qui ont précédé: ainsi se forment souvent les congestions locales, les phlegmasies aiguës qui se manifestent presqu'en même tems que les névroses intermittentes, et dont les effets sensibles se rencontrent fréquemment dans les cadavres de ceux qui ont succombé à la violence des accès. Nous sommes si convaincu de cette vérité, que nous ne désespérons jamais de rompre les paroxysmes fébriles, lorsqu'il n'existe aucune complication inflammatoire, aucune lésion organique dans l'économie animale du malade; tandis que nous n'avons jamais vu la guérison s'accomplir, quand l'une ou l'autre des deux conditions indiquées accompagnaient la fièvre d'accès; d'où il résulte que les irritations inflammatoires et les effets qu'elles produisent, sont, dans le plus grand nombre de cas, plutôt les suites de la névrose intermittente long-tems continuée, ou abandonnée à la nature, que l'essence de cette maladie, dont le siège nous paraît devoir être cherché dans les appareils centraux du système nerveux.

Telle sera notre opinion sur les fièvres intermittentes génuines jusqu'à ce que de nouveaux faits assez nombreux et soigneusement étudiés, nous aient démontré que nous sommes dans l'erreur; *errare humanum est.*

CHAPITRE SECOND.

CONGESTION DE SANG DANS L'ENCÉPHALE, TENDANT A L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. – HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. – *Apoplexie des anciens.*

SECTION PREMIÈRE.

CONGESTION SANGUINE DANS L'ENCÉPHALE, TENDANT A L'HÉMENCÉPHALIE.

Nous allons maintenant reprendre la doctrine des congestions sanguines dans l'encéphale, pour nous occuper d'une autre maladie de cet organe non moins grave que celle dont nous avons traité dans le chapitre précédent, où nous avons vu que l'afflux anormal du sang vers la portion centrale du système nerveux entraîne souvent une des phlegmasies les plus redoutables pour l'espèce humaine, celle de l'enveloppe séreuse de l'appareil encéphalique, qui à raison de ses liaisons étroites, directes et indirectes avec les principaux organes de la vie animale et végétative exerce une influence remarquable sur eux, et en est également influencé tant dans l'état de santé que dans celui de maladie; nous n'avons ni la prétention ni l'intention de tracer l'histoire de toutes

es mutations morbides que subit le tissu du cerveau la suite des différentes irritations qui peuvent les xciter; cette tâche ne peut être remplie dans un raité tel que celui-ci, où nous avons seulement voulu onsigner le fruit de nos recherches anatomico-patholoiques relatives à quelques maladies de l'encéphale, pour âcher d'en rendre la doctrine aussi conforme que posible à l'observation directe.

Partant du précepte déjà admis par tous les médecins, *bi stimulus morbidus, ibi affluxus,* base de toutes les hlegmasies et de leurs diverses nuances, les congestions lu fluide vital dans le cerveau avec tendance à l'exhaation du même fluide ont mérité une attention spéciale le notre part, à cause de cet épanchement même qu'elles ntraînent presque toujours lorsqu'elles sont abandonnées la nature, soit qu'il ait lieu à la surface de l'encéphale, oit qu'il se forme dans une étendue plus ou moins conidérable de son tissu. Dans les deux cas il produit un nsemble de phénomènes morbides, auquel les anciens nt donné le nom d'Apoplexie primitive, ou *apoplexia xquisita.* Nous préférons la dénomination d'*Hémorrhagie érébrale,* qui fut employée la première fois par le célèbre Hoffmann (1). Dans la section suivante, nous nous étenlrons davantage sur la nature et le siège de cette terrible affection.

Lorsqu'on considère attentivement la disposition et les rapports anatomiques réciproques des vaisseaux sanguins qui entrent dans la structure du cerveau, on a lieu de s'étonner que l'afflux morbide du sang vers cet organe ne produise pas plus souvent les congestions qui tendent à l'exhalation sanguine; il semble même que ce phénomène pathologique dût se manifester moins rarement

---

(1) Opera omnia. Medicinæ rationalis systema. Genev., 1740. fol. Tom. IV, sect. I, cap. VII, p. 240.

aux premières époques de la vie extra-utérine, c'est-à-dire lorsque l'encéphale est abreuvé d'une plus grande quantité de liquides qu'il ne sera par la suite; il est vrai que la nature rétablit l'équilibre, ou, pour mieux dire, l'entretient en excitant des sécrétions et excrétions morbides aux tégumens de la tête; plus tard l'épistaxis, et plus tard encore le développement successif des appareils respiratoire et génital font cesser ce mouvement fluxionnaire vers la portion centrale du système nerveux. Cependant l'hémorrhagie cérébrale n'existe pas à cette époque, et nous l'avons rarement vu arriver avant la trentième année; il faut donc admettre dans l'action des capillaires cérébraux, une prédisposition résultant d'une série de causes qui ont agi directement ou sympathiquement sur l'encéphale, dans lequel sont venus retentir à plusieurs reprises les effets partiels de chaque cause prise isolément, et ont enfin déterminé le degré et la nature de l'irritation nécessaire pour effectuer l'exhalation sanguine.

De même que les congestions sanguines aiguës qui précèdent l'arachnoïdite, celles qui devancent toujours l'apoplexie primitive, se manifestent tantôt brusquement tantôt avec lenteur, et affectent une marche très-insidieuse; elles offrent néanmoins des résultats bien différens, puisque les premières amènent l'inflammation de la séreuse encéphalique; tandis que les dernières attaquent directement la substance du cerveau, comme nous le verrons plus bas. Quelle peut donc être la cause d'une différence aussi remarquable? On ne la trouvera pas dans la prédisposition héréditaire, puisque nous avons vu frappés d'hémorrhagie cérébrale des hommes jeunes encore, ayant à peine l'âge de 30 ans, et qui n'avaient offert aucun exemple d'hérédité dans leurs plus proches parens; d'ailleurs il n'est pas rare de rencontrer des enfans qui descendant d'un père ou d'une mère apoplectique,

n'ont jamais été atteints de cette maladie. La pléthore n'est pas non plus une raison suffisante pour expliquer la manifestation dans l'encéphale de la congestion qui tend vers l'épanchement sanguin ; puisque dans un grand nombre de sujets maigres, délicats, et pour ainsi dire exsangues, la maladie en question est précédée de signes précurseurs plus ou moins obscurs d'afflux du sang vers le cerveau. Quant à l'âge, sans vouloir nier que les congestions sanguines hémorrhagiques de la substance cérébrale arrivent le plus souvent entre 40 et 70 ans, l'observation la plus attentive a constamment prouvé qu'elles peuvent se manifester dès la trentième année.

Nous croyons donc pouvoir admettre, sans être taxé d'erreur, que la prédisposition aux hémorrhagies en général semble être une cause plus réelle, capable de produire l'épanchement sanguin par le concours d'autres causes occasionnelles, sur-tout lorsque des exhalations de même nature qui avaient déjà existé depuis long-tems, ont été accidentellement supprimées. En second lieu, l'hémorrhagie cérébrale admet quelquefois pour cause prédisposante les maladies du tissu du cœur ou de ses gros vaisseaux, des poumons ou de l'estomac; par lesquelles il s'établit alors un mouvement fluxionnaire du sang vers le cerveau, d'où résultent la congestion et ses suites.

Ainsi la cumulation tantôt lente tantôt brusque du fluide vivifiant dans l'encéphale, précède l'apoplexie primitive, comme elle précède l'arachnoïdite cérébrale; elle offre cependant cette différence remarquable, que comme elle agit spécialement sur le tissu encèphalique, elle manifeste ses effets par la débilité dans les fonctions intellectuelles et les sensations externes. Les opérations de l'intelligence et les mouvemens volontaires sont alors plutôt affaiblis ou annullés jusqu'à un certain degré,

parce que le tissu de l'organe même qui y préside, est directement affecté, et qu'ainsi le malade ne peut plus combiner des idées qui lui arrivent soit par l'action du cerveau seul, soit par l'intervention des organes consacrés aux sensations externes.

Observation I. – Le nommé *Fr. de Smet*, âgé de 59 ans, ouvrier d'une constitution bilioso-sanguine, entre dans l'hôpital civil de Gand le 9 Juin 1820, indisposé depuis quelques heures; il accuse les symptômes suivans : pesanteur, douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pulsations des tempes, vertiges, éblouissemens, prononciation lente et difficile, voix affaiblie, mouvemens faibles et difficiles de tous les membres, facultés intellectüelles et sensations externes confuses, état de stupeur générale, decubitus plumbeus, somnolence et pourtant insomnie, face rouge, regard hébété, pupilles dilatées, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, chaleur brûlante au front, respiration lente, profonde et un peu gênée; pouls lent, fort et développé; selles naturelles, appétit bon, langue normale, sécheresse de la peau, dont la température est peu élevée.

10 Juin. (*Saignée au bras de ℥xv; après, X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant un demi-heure; R. Pot. oxym.; Aq. laxat. vienn. ℥iv, Mell. despum. ℥i; diète.*)

11. Mieux. La céphalalgie, les pulsations des tempes, la pesanteur et la stupeur générale sont disparues; les vertiges et les éblouissemens persistent; présence d'esprit, la prononciation est la même qu'hier, les mouvemens des membres sont devenus plus faciles; face pâle et composée, sommeil de trois heures, respiration lente mais pleine et facile, pouls lent, peu développé et mou,

trois selles, absence de soif, etc. (*Diète; ptysane oxym.; vésicatoire à la nuque.*)

12 Juin. Le vésicatoire a donné beaucoup de serum; du reste à-peu-près même état qu'hier; les vertiges et les éblouissemens persistent, la voix reste faible, la prononciation toujours lente, sommeil assez tranquille, mouvemens des membres faibles et difficiles, respiration normale, etc. (*VIII sangsues aux tempes; diète; ptysane oxym.*)

13. Beaucoup mieux. Pouls naturel, éblouissemens et vertiges moindres, sommeil bienfaisant, l'appétit revient, selles régulières, mouvemens des membres, des inférieurs sur-tout, toujours faibles; face composée, yeux normaux, respiration entière, complète et facile; l'appétit se fait vivement sentir, etc. On entretient le vésicatoire. (*Soupe maigre; pot. oxym.*)

14. Idem. Les vertiges, les éblouissemens et la faiblesse des membres inférieurs persistent encore, etc. (*On remplace le vésicatoire par le séton à la nuque.*)

15. Au moyen de ce dérivant énergique, entretenu jusqu'au 29 du même mois, et d'un régime approprié, le malade s'est parfaitement rétabli et a quitté l'hôpital le 1 Juillet suivant.

Observation II. – *Ch. Spadhon*, âgé de 62 ans, ouvrier d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 23 Juin 1820, malade depuis vingt-quatre heures; il accuse les symptômes suivans, qui se sont manifestés très-brusquement: douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, état soporeux et pourtant insomnie, pulsations des tempes, tension et chaleur brûlante au front, regard hébété, yeux brillans sans changement de couleur de la cornée transparente, vertiges, éblouissemens, pro-

nonciation lente et difficile, voix faible, rougeur de la face, respiration lente, profonde et incomplète; engourdissement léger des l'extrémités supérieure et inférieure gauches, déglutition intacte, langue naturelle, absence de soif, inappétence, selles libres, pouls lent mais du reste normal.

24 Juin. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; ptysane oxym.*)

25. Beaucoup mieux. La douleur et la pesanteur de l'encéphale, l'état soporeux, les pulsations des tempes, la tension et la chaleur brûlante au front ont cessé; face pâle et composée; les vertiges, les éblouissemens et l'engourdissement des membres persistent; respiration normale, voix plus claire, prononciation toujours lente mais plus nette, pouls normal, trois selles liquides, sommeil de trois heures, etc. (*Ptysane oxym.; diète.*)

26. Même état qu'hier. L'appétit se fait sentir, mouvemens des membres malades difficiles, etc.; une selle, sommeil tranquille de six heures. (*Séton à la nuque; soupe maigre.*)

Au moyen de ce puissant dérivatif, joint aux frictions stimulantes faites aux membres engourdis avec de l'onguent nervin et par un régime approprié continué jusqu'au 30 du même mois, le malade s'est parfaitement rétabli.

Observation III. — *Martin Vandevelde*, âgé de 38 ans, batelier, d'une constitution sanguine athlétique et robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 28 Janvier 1828, malade depuis douze jours; il est adonné à l'abus de boissons spiritueuses, et a fait, il y a six semaines, une chûte sur la tête qui ne produisit aucun symptôme alarmant, en sorte qu'il a continué de se livrer à l'exercice de son métier sans éprouver la plus légère incommodité. Depuis l'invasion de sa maladie, qui s'est augmentée

insensiblement pendant l'espace de douze jours, il se plaint de vertiges qui se font sentir particulièrement lorsqu'il veut faire le plus léger effort pour se mouvoir et qui sont accompagnés d'un sentiment de torpeur aux extrémités supérieures et inférieures, dont les mouvemens sont faibles et difficiles mais indolores; puis il y a pesanteur de la tête, somnolence légère, les facultés intellectuelles restent intactes, les sensations externes et sur-tout la viscère sont obtuses; prononciation naturelle, voix affaiblie, déglutition normale, rougeur de la face, regard hébété, yeux brillans, pupilles légèrement dilatées, langue nette et humide, appétit bon, absence de soif, selles naturelles, respiration normale, pouls normal quant au rythme, du reste concentré et petit; la température de la peau n'offre rien qui soit digne de remarque.

28 Janvier. (*X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une heure; ptysane oxym.; diète.*)

29. Peu d'amélioration. Les vertiges persistent, selles retardées, la pesanteur de la tête augmente, profond sommeil qui se prolonge au-delà du tems accoutumé, bâillemens fréquens; au surplus mêmes symptômes qu'hier. (*Artériotomie de la temporale gauche ℥xv; R. Pulv. jalappæ ʒi, – Callom. gr. iij, M. sinap. aux plantes des pieds.*)

30. Amélioration remarquable. La pesanteur de la tête, les bâillemens, la somnolence et l'engourdissement des extrémités sont disparus; les sensations externes offrent leur état normal, sommeil naturel, face composée, la voix est devenue sonore et claire, les vertiges ne reviennent qu'à des intervalles éloignés de deux en deux heures, le pouls offre un développement normal, il y a eu trois déjections alvines liquides et copieuses. (*Vésicat. à la nuque; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

31 Janvier. De mieux en mieux. Le vésicatoire a donné

une grande quantité de serum; les vertiges ont cessé, du reste l'appétit persiste; une déjection alvine. (*Ptysane oxym.; soupe grasse.*)

1, 2, 3 et 4 Février. Convalescence complète.

Observation IV. – *Nicolas de Meyer,* âgé de 60 ans, charpentier, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 14 Août 1821, malade depuis neuf jours; il se plaint de vertiges et d'éblouissemens qui cessent lorsqu'il se tient dans une position verticale ou demi droite du corps, et qui reviennent aussitôt qu'il veut reprendre la position horizontale; en même tems il y a pesanteur de la tête, tintement des oreilles, insomnie, pulsations légères des tempes, regard hébété, pupilles légèrement dilatées, bâillemens assez fréquens, pâleur de la face, la voix est faible, la prononciation lente et difficile sans que le malade balbutie ni bégaie, déglutition intacte, faiblesse des extrémités inférieures qui rend la marche incertaine, les supérieures n'offrent rien de particulier; puis respiration et pouls normaux, langue nette et humide, appétit bon, selles régulières.

15 Août. Même état qu'hier. (*X sangsues aux tempes; R. Aq. laxat. vienn. ℥iv, pro dosi. à prendre après la saignée; sinap. aux plantes des pieds; diète: ptysane oxym.*)

16. Amélioration remarquable. La pesanteur de la tête, les pulsations des tempes, le tintement des oreilles et les bâillemens sont disparus; les éblouissemens et les vertiges sont moindres et plus rares, la marche du malade est plus ferme, la faiblesse des extrémités inférieures n'existe plus; face composée, la voix et la prononciation sont normales, sommeil bienfaisant de quatre heures, quatre selles liquides. (*Vésicatoire à la nuque; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

Depuis le 17 jusqu'au 20 du même mois, *N. de Meyer* fut presque convalescent, mais un écart dans le régime commis le 21, reproduisit tous les symptômes notés ci-dessus; l'état du malade devint plus alarmant à cause de la pyrexie qui se développa; le pouls fut vif, fréquent et tendu; heureusement l'attaque d'apoplexie fut encore cette fois prévenue par deux saignées au bras, par un régime sévère et par les dérivatifs appliqués à la nuque. Il sortit le 30 parfaitement rétabli.

Observation V. – *P. Calewaert,* mendiant, âgé de 52 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, entre dans l'hôpital civil de Gand le 28 Mars 1828, malade depuis quatre ou cinq jours; il est atteint d'un catharre des poumons qui cède facilement à l'usage des antiphlogistiques et à la diète; déjà le 3 Avril, *P. Calewaert* se dispose à quitter l'hôpital, lorsque tout d'un coup il commence à se plaindre de malaise ainsi que de défatigation générale; le lendemain (4 Avril) aux symptômes indiqués se joignent des douleurs vives et continues occupant toute l'étendue de l'encéphale accompagnées de pesanteur, de stupeur générale, d'indifférence et de somnolence; les facultés intellectuelles restent intactes, mais les mouvemens des membres sont lents, faibles et difficiles; au surplus tintement des oreilles, légers vertiges, prononciation lente, voix faible, pouls lent et développé, respiration lente, profonde et incomplète; la déglutition s'exécute facilement, inappétence, langue normale, selles retardées, la peau n'offre rien qui soit digne de remarque.

4 Avril. (*Saignée du bras ℥x; lavement; ptysane oxym.; diète.*)

5. Un peu mieux. Le pouls est moins lent et moins développé, la respiration presque normale, la douleur de l'encéphale est diminuée, mais la pesanteur persiste;

une selle copieuse, insomnie, peu d'appétit, etc. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang; diète.*)

6. L'amélioration est remarquable; la pesanteur, la douleur de l'encéphale et les autres symptômes locaux indiqués ci-dessus sont disparus; sommeil de cinq à six heures, pouls faible mais offrant du reste l'état normal; le malade se meut facilement, respiration naturelle, un peu d'appétit, etc. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

7 – 8. L'amélioration se soutient; l'appétit se fait sentir, selles retardées. (*Aq. laxat. vienn. ℥iv. ptysane oxym.; soupe maigre.*)

9. Trois selles liquides; du reste la maladie marche vers la convalescence. (*Soupe grasse.*)

10. Le malade a fait un écart dans le régime, il commence à accuser les mêmes symptômes locaux déjà décrits. (*Diète; ptysane oxym.; lavement.*)

11. Pas d'amélioration, au contraire, les symptômes locaux deviennent de plus en plus alarmans; une déjection alvine copieuse, pouls lent et développé, confusion des idées, etc. (*X sangsues aux tempes; ptysane oxym.; diète.*)

12. Amélioration remarquable; la tête est parfaitement libre, sommeil de six heures, pouls naturel, l'appétit se fait sentir, une déjection alvine. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

13 – 14. Par continuation mieux; l'appétit se prononce. (*Soupe grasse.*)

15, 16 et 17. Convalescence.

Observation VI. – *P......*, maçon, âgé de 36 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine, entre dans l'hôpital civil le 21 Juillet 1828, malade depuis quelques heures; deux jours auparavant il avait éprouvé un accès violent de colère après lequel il avait fait un

usage immodéré des liqueurs fermentées alcoholiques. A son entrée dans l'hôpital, il accusait les symptômes suivans: vertiges, douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes et de tension perçue au front, tintement des oreilles, difficulté d'avaler même les boissons, mutité, présence d'esprit, insomnie, aphonie; la face est pâle, les yeux brillent plus vivement que dans l'état normal; les mouvemens des membres restent intacts, respiration lente et profonde, soif vive, langue sèche et enduite de mucosités jaunâtres; l'appétit persiste encore sans être vif; selles libres, pouls plein et plus lent que dans l'état de santé. Les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

22 Juillet. Même état. (*Artériotomie de la temporale droite de ℥xij, R. Aq. laxat. vienn. ℥iv, Syr. de rheo ℥i. à prendre après la saignée en deux fois dans l'intervalle de trois heures; diète.*)

23. Le malade a eu trois selles liquides et copieuses, il commence à balbutier quelques mots, la déglutition est rétablie, absence de douleur dans l'encéphale, le sommeil a fait place à l'insomnie, la respiration est facile et complète, le pouls mou et naturel, un peu développé. (*Ptysane oxym.; diète.*)

24. L'amélioration se soutient; l'usage de la parole est revenu, mais le malade s'exprime avec lenteur; respiration normale, sommeil de quelques heures, une selle, pouls naturel, l'appétit se fait sentir. (*Vésicatoire à la nuque, il sera entretenu pendant quelques jours; soupe maigre; ptysane oxym.*)

25. De mieux en mieux. La prononciation est facile, la phonation est rétablie, la face composée, l'appétit se prononce, le vésicatoire donne beaucoup de serum; une déjection alvine. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

26 – 27 Juillet. Idem. (*Soupe grasse : ptysane oxym. ; on entretient l'action du vésicatoire.*)

28 – 29. Idem. On supprime le vésicatoire. (*Mêmes prescriptions.*)

30 – 31. Convalescence complète.

Observation VII. – Le nommé *Dominique van Acken*, serrurier, âgé de 72 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique saine et assez forte, se plaint depuis quatre jours des symptômes suivans : douleurs vives et continues de l'encéphale, accompagnées de pesanteur, de défatigation générale et de pulsations des tempes ; le regard du malade est hébété, il y a somnolence et pourtant insomnie, rougeur et gonflement de la face ; les yeux sont semblables à ceux de l'homme qui semble lutter contre le sommeil ; chaleur brûlante au front, mouvemens volontaires des membres difficiles et affaiblis, prononciation lente et difficile, voix faible, indifférence sans perte des facultés intellectuelles ; le malade répond bien mais avec lenteur et non sans difficulté aux questions faites par le médecin ; respiration lente et profonde, inappétence, peu de soif, langue humide et enduite d'une croute jaunâtre, constipation, pouls lent et développé, température de la surface cutanée naturelle. Ce malade entre dans l'hôpital civil le 14 Août 1828.

15 Août. Même état. (*R. X sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure ; lavement stimulant fait avec du savon brun et de l'hydrochlorate de soude ; diète ; ptysane oxym.*)

16. Amélioration générale. Les douleurs de la tête, la pesanteur, la somnolence et les pulsations des tempes ont cessé ; face composée, la nuit passée sommeil bienfaisant de quelques heures, mouvemens volontaires faciles, voix et prononciation normales, respiration

aturelle, pouls un peu développé, une selle copieuse et ure. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

17 Août. L'amélioration se soutient; légère douleur : l'encéphale, l'appétit se fait sentir, pouls et respiraon normaux, une selle. (*Sinapisme à la nuque; soupe aigre; ptysane oxym.*)

17. Bien en tout. L'appétit se prononce, sommeil aturel, etc. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

18, 19 et 20. Convalescence.

Observation VIII. – Le nommé *Ch. Wagenaert*, ouvrier, gé de 73 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique sez robuste, entre dans l'hôpital civil le 20 Août 1828, alade depuis sept semaines, et se plaignant de douurs dans l'encéphale qui, légères au commencement revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, sont considérablement accrues et persistent sans terruption; elles sont accompagnées de pesanteur, de gers vertiges et de somnolence avec impossibilité de rmir; les regards du malade sont héhétés, la face rouge pâle; il y a défatigation générale, mouvemens lents difficiles, présence d'esprit, prononciation lente avec lbutiement, voix faible, inappétence, langue humide jaunâtre, soif, selles retardées, pouls lent, dur et peu veloppé, respiration lente et profonde, température la surface cutanée naturelle.

21 Août. Même état. (*R. VIII sangsues aux tempes; upe maigre; ptysane oxym.*)

22. La douleur de l'encéphale, la pesanteur, la somlence et les vertiges ont cessé; la face du malade est mposée, la prononciation et la voix sont normales; someil bienfaisant de quelques heures, mouvemens volonires faciles, inappétence, même état de la langue qu'hier, pouls n'est plus dur, mais il reste lent; aucune déjec-

tion alvine malgré le lavement. (*Soupe maigre: R. Aq laxat. vienn.* ℥ *iv*, *P. Sal. seignette* ʒ *ij*, *Mell. despum.* ℥ *i à prendre toutes les heures une cuillère à soupe.*)

23 Août. L'amélioration se soutient; deux selles copieuses, l'appétit se fait sentir. (*Ptysane oxym.; soupe grasse.*)

24, 25 et 26. Idem. La défécation est retardée depuis trois jours. (*Elect. lénit.* ℥ *i pour un lavement; soupe grasse.*)

Du 27–30 convalescence; mais la défécation offre toujours la même lenteur.

Observation IX. – *Jeannette Piscador*, veuve âgée de 63 ans, femme de ménage, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 28 Octobre 1828, malade depuis quinze jours; il y a deux ans qu'elle fut atteinte d'une légère apoplexie, à la suite de laquelle le bras droit est resté un peu plus faible que le gauche; voici les symptômes qu'elle accuse depuis qu'elle est devenue malade: vertiges continuels, elle ne fait pas un pas sans craindre de tomber, surdité, bourdonnement et tintement de l'oreille gauche seulement, les extrémités inférieures sont faibles et leurs mouvemens difficiles, même dans la position horizontale du corps; facultés intellectuelles intactes, la vue, le goût et l'odorat offrent l'état normal, le sentiment persiste dans les membres supérieurs et inférieurs qui sont flasques; appétit assez bon, langue nette et humide, constipation, respiration normale, pouls lent et peu développé, la tête n'est pas pesante, le sommeil est peu troublé.

30 Octobre. (*X sangsues aux tempes; lavement; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

31. Un peu mieux. Les vertiges, la surdité, le bourdonnement et le tintement de l'oreille gauche, sont diminués; la faiblesse des membres pelviens persiste

aucune déjection alvine, pouls lent et développé, etc. (*Lavement irritant; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

1 Novembre. Une selle abondante; pouls toujours lent et développé; du reste même état qu'hier. (*X sangsues aux tempes; ptysane oxym., etc.*)

2. Bien. Les vertiges et tous les symptômes ci-dessus énoncés sont disparus; les mouvemens des membres pelviens sont naturels, la surdité gauche a cessé, une déjection alvine, sommeil tranquille, etc. (*Soupe grasse; ptysane oxym.*)

3, 4, 5, 6 – 12. Convalescence complète.

Les observations qui précèdent font voir que la congestion sanguine dans l'encéphale avec tendance à l'exhalation s'annonce par des symptômes caractéristiques qui indiquent l'affaiblissement graduel de l'action normale de l'instrument de la pensée; ces symptômes sont: les vertiges, le tintement et le bourdonnement des oreilles, le balbutiement et la mutité imparfaite accompagnée d'une certaine diminution de la contractilité des muscles des lèvres et de ceux qui exécutent la mastication; puis la surdité, la sonnolence, l'engourdissement ou la faiblesse d'un ou de plusieurs membres, où le malade accuse une sensation de formication, perçue le plus souvent à l'extrémité des doigts; l'obscurcissement de la vue, l'affaiblissement indolore des muscles de la voix et de la parole. L'affaiblissement des facultés intellectuelles se manifeste sur-tout par le défaut de combinaison de ces idées dont les rapports réciproques sont les plus faciles à saisir; par l'indifférence et par la propension au sommeil qui se prolonge ordinairement au-delà du terme habituel; à ces symptômes se joignent tous ceux que nous avons rencontrés dans l'arachnoïdite encéphalique, tels que la céphalalgie vive et continue, les pulsations des tempes,

la pesanteur, la rougeur de la face. Le pouls est lent, tantôt développé, tendu, plus rarement contracté. La respiration reste intacte, ou bien elle affecte la marche de celle qu'on observe chez l'homme enclin au sommeil.

Quant aux autres symptômes précurseurs de l'hémorrhagie cérébrale, signalés par les médecins qui se sont occupés de la même maladie, ils nous paraissent trop inconstans pour pouvoir être pris en considération ici, puisque leur manifestation est rare et ne paraît dépendre que de circonstances individuelles, qu'il serait inutile d'énumérer; en conséquence, nous renvoyons nos lecteurs vers les traités de nosographie où ils sont minutieusement décrits.

SECTION DEUXIEME.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. (*Apoplexia exquisita.*)

Les faits que nous avons consignés dans la section précédente, démontrent l'existence d'une congestion sanguine anormale dans les capillaires artériels qui traversent le tissu cérébral, et en font, pour ainsi dire, une partie intégrante. Nous allons maintenant signaler les effets morbides qui naissent immédiatement de cette cause, lorsqu'elle est portée à un certain degré. Toutefois en réfléchissant mûrement aux phénomènes qui accompagnent l'hémorrhagie cérébrale, et ont leur siége dans la portion du cerveau laquelle environne jusqu'à une certaine distance le foyer de l'épanchement sanguin, il nous paraît qu'ils doivent être le résultat d'une irritation assez vive développée avec plus ou moins de rapidité dans le tissu mou et délicat de cet organe. Au moins l'analogie autant que l'observation directe prouvent assez

clairement la vérité de cette assertion. Ainsi l'afflux du sang vers le cerveau conjointement avec la réaction irritative finit par produire dans le tissu de ce viscère la diminution de cohésion entre les molécules zoo-chimiques qui le composent; si on joint à cette condition pathologique le changement opéré par la même cause dans le mode de vitalité propre aux exhalans, qui dans cette supposition admettent les globules rouges au lieu de secréter la matière organique nécessaire pour maintenir l'état normal de l'encéphale; il ne faut pas s'étonner que l'épanchement sanguin dans la substance cérébrale ait lieu, et qu'il y affecte la forme d'un foyer plus ou moins étendu, dont les limites indiquent presque toujours les traces évidentes d'une lésion de tissu produite comme nous avons indiqué plus haut. Ces effets remarquables de l'irritation sont trop bien constatés par l'observation directe et par une malheureuse expérience pour oser élever le moindre doute à cet égard. D'ailleurs quoique l'encéphale nous offre une texture molle et délicate, riche en capillaires artériels, et dépourvue de tissu cellulaire, quand la condition peremptoire, c'est-à-dire la réaction irritative morbide, tantôt effet et plus souvent cause de l'afflux du sang vers la portion centrale du système nerveux, n'existe pas, elle n'offre jamais ces traces de désorganisation que l'on observe à la suite de la réaction pathologique dont il a été question jusqu'ici; ceci nous paraît d'autant plus certain que chez l'adulte le tissu encéphalique présente dans l'état normal un degré de cohésion suffisant pour résister avec avantage à une pression plus ou moins grande produite par certains mouvemens du corps humain vivant, lorsqu'il exécute des opérations propres à certains métiers ou professions, ou lorsqu'il exerce des fonctions dévolues au sexe féminin, telle que l'expulsion du fétus, etc.

Lallemand (1) définit l'apoplexie une hémorrhagie du cerveau ; dans cette définition il a reproduit les idées du cél. Hoffmann (2) qui a écrit presqu'un siècle avant lui ; le dernier prétend que l'hémorrhagie cérébrale est toujours l'effet de la rupture de vaisseaux sanguins qui appartiennent au viscère susmentionné, ce qui n'est pas conforme à l'observation, quoiqu'on ne puisse nier que dans certains cas le sang s'extravase par la rupture des veines ou artères encéphaliques, comme le prouvent d'ailleurs les histoires anatomico-pathologiques relatives à cet objet ; ainsi la rupture artérielle ou veineuse a été observée dans les vaisseaux de gros calibres déjà atteints d'anévrisme ou de varices ; pour s'en convaincre il suffit de jetter les yeux sur les ouvrages des médecins qui ont traité spécialement cette matière. D'ailleurs, Hoffmann n'a pas nettement distingué les diverses nuances de l'épanchement sanguin ni les phénomènes morbides qui en dépendent.

Avant d'approfondir la cause prochaine de cette redoutable maladie, nous allons tâcher d'en tracer le tableau d'après l'observation clinique, et les nécropsies que nous avons soigneusement recueillies chaque fois que l'occasion s'en est présentée.

Observation X. – *F. Volkart*, âgé de 40 ans, ouvrier brasseur, d'une constitution sanguineo-lymphatique,

---

(1) Des maladies du cerveau et de ses dépendances. Vol. I. p. 58. par. XI.

(2) « Hemorrhagiæ cerebri appellatione nos fortem et perniciosam illam apoplexiam sanguineam comprehendimus, quæ ab effusione cruoris in cerebro, ex ruptis ibi citra violentiam externam vasculis oritur, et subito functiones animales vitales quoque pessumdat atque extinguit." V. Hoffmann, Medicinæ rationalis systematicæ. Tom. IV. vol. I. sect. I. cap. VII. p. 240. f°. De hemorrhagia cerebri.

adonné à l'usage immodéré des boissons spiritueuses, entre dans l'hôpital civil de Gand le 13 Janvier 1820, malade depuis vingt-quatre heures; hier il a été atteint d'une attaque d'apoplexie, aujourd'hui il offre les symptômes suivans: vertiges, éblouissemens, pesanteur de la tête, douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale accompagnée de pulsations des tempes, de tension et de somnolence, quoique le sommeil ne vienne pas; les facultés intellectuelles et les sensations externes sont obtuses, les réponses du malade incohérentes, il ne peut fixer son attention sur le moindre objet; prononciation lente et difficile, voix faible, déglutition intacte, hémiplégie incomplète du côté gauche, le sentiment y persiste encore; du reste face rouge, pupilles dilatées, regard hébété, le brillant des yeux est normal, la respiration lente, profonde et légèrement sifflante; pouls faible et lent; langue normale, absence de soif, selles retardées, inappétence, decubitus horizontal, température de l'organe cutané naturelle.

14 Janvier. (*VIII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; lavement; ptysane oxym.*)

15. Mieux. Les vertiges, les éblouissemens, la douleur de l'encéphale, les pulsations des tempes et la tension ont cessé; la somnolence est moindre, sommeil tranquille de trois heures, les facultés intellectuelles et les sensations externes sont normales; prononciation facile mais lente; la voix est plus claire qu'hier, face composée, pouls faible et moins lent, respiration moins lente, plus complète et moins profonde, constipation, etc. (*R. Aq. laxat. vienn. ℥ iv, Pulv. tart. emet. gr. i, Mell. despum. ℥ i. à prendre la moitié le matin, l'autre moitié après le diner; vésicatoire à la nuque; diète; ptysane oxym.*)

15. Trois selles liquides; le vésicatoire a fourni beau-

coup de serum, on l'entretient; l'amélioration continue, cessation des vertiges et de la somnolence, sommeil tranquille de six heures, voix et respiration normales, prononciation claire, même état du pouls qu'hier, l'appétit se fait sentir, l'hémiplégie incomplète persiste, etc. (*On entretient le vésicatoire, soupe maigre.*)

16. De mieux en mieux. L'appétit se prononce, une déjection alvine, sommeil bienfaisant, pouls faible et naturel quant au rythme, du reste même état des extrémités gauches. (*Idem; soupe grasse.*)

17. (*Idem.*)

18. On supprime le vésicatoire, on prescrit au malade un électuaire composé de poudre de racine de Valeriana ℥i, et d'une demie ℥ de fleurs d'Arnica; on recommande les frictions des membres malades avec l'unguent nervin, et comme le malade a abusé long-tems des boissons alcoholiques, on accorde Spiritus frumenti ℥is par jour. Sous l'influence de ce traitement continué jusqu'au 30 Janvier, les mouvemens se sont rétablis dans les extrémités gauches, et l'ouvrier en question est sorti convalescent le 31 du même mois.

Observation XI. – *J. Volkerik*, ouvrier âgé de 55 ans, d'une constitution sanguine robuste, entre dans l'hôpital civil de Gand le 15 Mars 1820, malade depuis vingt-quatre heures; il est atteint d'apoplexie et offre les symptômes suivans: douleur vive et continue occupant toute l'étendue de l'encéphale accompagnée de pesanteur, de pulsations des tempes et de tension perçue à la région sus-orbitaire, globes oculaires immobiles, pupilles dilatées, facultés intellectuelles et sensations externes obtuses, regard étonné et hébété, face offrant une couleur rouge foncée, stupeur générale, prononciation lente et difficile avec balbutiement, voix très-faible, respiration

lente, profonde, incomplète et sifflante, pouls lent, dur et développé, hémiplégie incomplète des extrémités gauches, le sentiment y persiste; inappétence, déglutition intacte, langue normale, défécation retardée, température de l'organe cutané peu élevée, mais sécheresse de cette enveloppe; l'émission de l'urine et des fæces est involontaire. Le même jour on fait deux saignées copieuses au bras, tous les symptômes de congestion sanguine dans l'encéphale cessent, mais l'hémiplégie persiste tandis que l'appétit revient et que l'émission de l'urine et des fæces devient normale; en conséquence le 26 même mois on employe la racine d'Arnica en poudre à raison d'une demi-once divisée en xij paquets, le malade en prend quatre par jour; en même tems on fait faire des frictions aux membres paralysés avec le liniment suivant: Esprit de savon ℥ iij, tinct. cantharid. ℥ s, mêlez. Ce traitement est continué jusqu'au 24 Avril. Les mouvemens étaient rétablis dans les extrémités gauches, le malade mangeait de bon appétit, les selles étaient libres, l'émission de l'urine comme dans l'état de santé, le pouls normal, bref la convalescence était franche lorsque le 25 du même mois à la suite d'un écart dans le régime, *J. Volkerik* sentit les symptômes précurseurs d'une nouvelle attaque de la même affection; les carotides battaient avec violence, le pouls était dur et fréquent; il y avait forte tension au front avec pulsations des tempes, douleur vive de l'encéphale, etc. Cette fois il n'y avait pas d'hémiplégie du côté gauche, seulement les membres de ce côté étaient légèrement engourdis; mais les mouvemens et le sentiment y persistaient; on répéta les saignées générales et locales aux tempes, on employa les purgatifs stimulans, même les drastiques à cause d'une constipation opiniâtre, puis les dérivans aux pieds et à la nuque, tels que sinapismes irritans et vésicatoires; tous ces moyens eurent le

meilleur succès et le malade entra en convalescence pour la seconde fois le 6 du mois de Mai suivant. Il se proposait de quitter l'hôpital le 7; malheureusement le même jour un violent accès de colère prolongé pendant une demi-heure, lui causa une attaque d'apoplexie qui paraissait foudroyante; voici l'état où on le trouva: suspension complète des facultés intellectuelles et des sensations externes, decubitus plumbeus, face bleue rougeâtre, état comateux profond, paupières closes, pupilles dilatées, chaleur brûlante au front, respiration profonde, lente, incomplète et sifflante; pouls tendu, lent et dur; convulsions de tous les membres, mais plus grandes du côté droit, selles libres ainsi que l'excrétion de l'urine, température externe naturelle, etc. On lui tira ℥xxx de sang par une saignée faite au bras, on appliqua les sinapismes aux pieds et une purge drastique fut prescrite avec succès: car le lendemain 8 Mai, de tous les symptômes allarmans de la veille, il resta seulement une légère douleur de l'encéphale, le pouls était encore tendu mais très-peu développé, les selles redevinrent libres ainsi que l'émission de l'urine; depuis le 9 jusqu'au 13 Mai, de légers symptômes de congestion sanguine dans l'encéphale reparurent encore à plusieurs reprises; mais les purgatifs stimulans combinés avec les saignées locales les dissipèrent aussitôt; et comme la prononciation restait lente et embarrassée malgré l'application d'un vésicatoire à la nuque entretenu pendant 15 jours, on le remplaça par un séton au même endroit le 29 Mai: l'effet en fut si heureux, que le malade recouvra l'exercice de la parole, et qu'il fut en pleine convalescence le 20 Juin suivant; il quitta l'hôpital le 24.

Observation XII. – La nommée *Jeanne van Parys*, servante, âgée de 50 ans, d'une constitution sanguineo-

lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 20 Mars 1820, malade depuis vingt-quatre heures, ses parens rapportent qu'elle a été atteinte subitement d'une violente apoplexie; elle offre les symptômes suivans: suspension complète des facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires, expulsion involontaire de l'urine, déglutition impossible, face pâle, globes oculaires immobiles, pupilles dilatées, paupières closes, decubitus plumbeus, respiration lente, profonde, incomplète et sifflante; pouls tendu, développé, un peu plus accéléré que dans l'état normal; selles retardées, température de l'organe cutané plus élevée que dans l'état de santé, on ne peut voir la langue. La malade a été saignée au bras chez elle.

21 Mars. (*Saignée au bras de ℥xv; lavement irritant; sinap. aux pieds.*)

22. Même état.

Morte le 23 dans la matinée.

26 Mars. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins du cerveau gorgés de sang. 2°. Extravasation de sang évaluée à la quantité de ℥xiij à ℥xiv dans les ventricules latéraux des hémisphères. Les parois de ces cavités sont ulcérées en plusieurs points. Substance médullaire mêlée et dissoute dans le sang extravasé. 3°. Tissu des hémisphères plus ferme que dans l'état normal.

Poitrine. Adhérence du poumon droit à la plèvre costale correspondante. Le gauche est libre; leur tissu est plein de sang noir.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité sont intacts.

Observation XIII. – *Pierre Cosyn,* ouvrier, âgé de 71 ans, d'une constitution sanguine robuste et très-

replette, est transporté dans l'hôpital civil de Gand le 20 Avril 1820, malade depuis quelques heures; il est atteint d'une apoplexie foudroyante et offre les symptômes suivans: suspension complète de toutes les facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires, émission involontaire de l'urine, état comateux profond, paupières closes, face rouge, pupilles dilatées, respiration très-lente, incomplète, profonde et sifflante; déglutition impossible, bouche fermée, impossibilité d'écarter la mâchoire inférieure de la supérieure, pouls très-lent mais plutôt faible, température de la peau naturelle. Malgré les saignées répétées, malgré l'usage des dérivatifs les plus énergiques appliqués à la nuque et aux pieds, ce malade succombe le 23 du même mois à dix heures du matin.

26 Avril. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de l'encéphale fortement engorgés de sang. 2°. Arachnoïde des hémisphères enflammée et épaissie. 3°. Epanchement de xvij à xviij ℥ de sang coagulé dans les ventricules latéraux du cerveau. La substance médullaire de ces cavités est mêlée avec le sang coagulé de manière à former une pulpe noire entremêlée de points blancs. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Poitrine. Adhésion partielle du poumon droit à la plèvre costale correspondante; ce poumon est engorgé de sang noir, le gauche est libre dans toute sa circonférence, mais gorgé de sang comme le droit.

Abdomen. Les viscères abdominaux n'offrent rien qui soit digne de remarque.

Observation XIV. – *P.....*, âgé de 50 ans, ouvrier, d'une constitution sanguineo-lymphatique, est transporté à l'hopital civil de Gand le 23 Août 1821, malade depuis

vingt-quatre heures et atteint d'une apoplexie foudroyante. Pour tout renseignement, ses parens racontent que la maladie s'est déclarée subitement sans aucun symptôme précurseur ; voici ceux qui s'offrent à l'observation du médecin : decubitus plumbeus, suspension totale des facultés intellectuelles, des sensations externes et de tous les appareils musculaires soumis à l'influence de la volonté ; les pupilles sont dilatées, les paupières closes, la bouche fermée, la déglutition impossible, la respiration lente, profonde et incomplète, plutôt sifflante que ronflante ; le pouls est petit, concentré, vif ; la température de l'organe dermoïde naturelle, les selles retardées ; il est impossible de voir la langue.

23 Août. (*Saignée au bras de* ℥ *xij ; lavement irritant ; ptysane oxym.*)

24. Même état qu'hier. Déjections fécales et émission de l'urine involontaires. (*Artériot. de la temporale* ℥ *x ; sinap. aux pieds.*)

25. (*Idem.*)

26. Mort dans l'après-diner.

29 Août. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de l'encéphale gorgés de sang. 2°. Epanchement de serum entre l'arachnoïde qui couvre la surface convexe des hémisphères cérébraux et la pie-mère correspondante. 3°. Epanchement du même liquide dans les ventricules latéraux de ces hémisphères évalué au poids de 4 onces. 4°. Extravasation de ℥ viij de sang coagulé entre la tente du cervelet et les faces correspondantes des lobes postérieurs des hémisphères. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Poitrine. Légères adhérences entre les poumons et leurs plèvres respectives.

Abdomen. Muqueuse de l'estomac très-rouge, offrant çà et là des taches gangreneuses. Les autres viscères sont trouvés intacts.

Observation XV. – *Marie Vandervaere*, âgée de 53 ans, femme de ménage, entre dans l'hôpital de Gand le 23 Novembre 1825, malade depuis huit jours à la suite de coups violens reçus à la tête; voici les symptômes qu'elle accuse: douleur excessive occupant toute l'étendue de l'encéphale accompagnée de pesanteur et d'insomnie; les mouvemens musculaires et volontaires sont difficiles et douloureux, la prononciation lente et difficile, la face rouge, le regard hébété et étonné, les facultés intellectuelles et les sensations externes sont peu dérangées; inappétence, langue naturelle, déglutition difficile, le pouls s'écarte à peine de l'état normal, il offre seulement plus de lenteur; selles rares, position horizontale du corps, respiration normale.

24 Novembre. Même état. (*X sangsues aux tempes; lavement; sinap. à la nuque après la saignée; diète.*)

25. Tous les symptômes d'une forte apoplexie, c'est-à-dire assoupissement profond, respiration lente, profonde sifflante et incomplète; pouls très-lent et faible, decubitus plumbeus, une déjection alvine, suspension complète des facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires. (*Rien.*)

26. Morte.

28 Novembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Le crâne est resté intact. 2°. Couleur noire jaunâtre de la dure-mère dont les vaisseaux sont gorgés de sang. 3°. Extravasation de sang déjà coagulé entre l'arachnoïde des hémisphères et la pie-mère; la quantité en équivaut à-peu-près au poids de ℥ iis. 4°. La substance du cerveau proprement dit est vivement injectée, ses ventricules latéraux sont pleins de serum.

Les autres portions de l'encéphale n'offrent rien de particulier.

Les viscères contenus dans la poitrine et le bas-ventre sont sains.

Observation XVI. – *Ch. van Eyke,* ouvrier, âgé de 59 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique assez robuste, fut porté à l'hôpital civil de Gand le 21 Juin 1826, malade depuis deux jours, et atteint d'une apoplexie à la suite d'une colère violente; voici les symptômes qu'on pouvait observer lors de son entrée: suspension totale des facultés intellectuelles et des sensations externes, les membres sont presqu'immobiles et roides, les pupilles dilatées, les globes oculaires fixes, les paupières demi-closes; face pâle, déglutition difficile, selles retardées, respiration lente et incomplète, pouls lent et développé, decubitus plumbeus, température de l'organe cutané naturelle, l'urine s'écoule involontairement.

Le même jour. (*Saignée au bras de ℥ xv; après, X sangsues aux tempes; R. Aq. laxat. vienn. ℥ iv; diète; ptysane oxym.*)

22 Juin. Un peu mieux. Constipation, moins de roideur dans les membres, le malade semble avoir recouvré en partie ses facultés intellectuelles, il reste muet, les sensations externes ne sont pas rétablies, seulement la rétine et l'iris deviennent sensibles à la lumière; même état de la respiration qu'hier, la déglutition s'effectue quand on introduit avec prudence de la boisson dans la bouche, etc. (*Artériotomie de ℥ xij à la temporale droite. Après, R. P. rad. jalappæ ʒ i, callomel. gr. vi, M. pro dosi: diète; ptysane oxym.*)

23. Mieux. Le malade a eu trois selles, il a recouvré sa présence d'esprit, mais il reste muet; les sensations externes sont rétablies, la respiration est naturelle, le pouls moins développé et moins lent, deux heures de sommeil; il fait comprendre par des signes qu'il éprouve de la pesanteur ainsi qu'un sentiment de resserrement au sommet de la tête; du reste l'immobilité des membres persiste, etc. (*XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang pendant une demi-heure; diète; ptys. oxym.*)

24 Juin. L'amélioration se soutient, mais le mouvement des membres ne revient pas; la mutité persiste, du reste sommeil, langue humide, etc. (*Sinap. à la nuque; ptysane oxym.*)

25. De mieux en mieux. Les mouvemens des membres reviennent un peu, mutité, facultés intellectuelles et sensations externes normales, selles retardées, l'appétit commence à se faire sentir, etc. (*On répète le drastique déjà indiqué; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

26. Une selle copieuse; du reste l'amélioration continue, mais la parole ne revient pas; sommeil bienfaisant, pouls naturel, etc. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

27. (*Idem.*)

28. Ecart dans le régime; le malade se plaint par des signes de douleur vive et continue dans l'encéphale, et d'insomnie; pouls contracté, vif et accéléré, etc. (*VIII sangsues aux tempes; mixt. antiphl.; lavement.*)

29. La douleur est totalement disparue, apyrexie, absence de soif, selle copieuse, pouls naturel, sommeil bienfaisant de quatre heures; les mouvemens des membres sont faibles, la mutité persiste encore, inappétence. (*Ptysane oxym.; soupe maigre*)

30. Idem. (*Séton à la nuque.*)

1, 2, 3 et 4 Juillet. Idem. Le séton suppure bien, l'appétit commence à se prononcer, selles libres, pouls naturel, etc. (*R. Pulv. nucis vomicæ ℈i, f. cum s. q. syr cort. aur. pill. nº xx. à prendre trois par jour. Soupe grasse; ptysane oxym.*)

En augmentant successivement la dose d'une pillule on continua l'administration de la noix vomique jusqu'à celle de viij pillules par jour; de sorte que depuis le 5 jusqu'au 21 le malade prit ℥ijs de ce médicament avec un tel succès qu'il sortit le 27 du même mois, ayant recouvré la parole et l'usage de ses membres; du reste

les secousses tétaniques et la douleur dans les extrémités, effets résultant du médicament en question, furent très-légères.

Observation XVII. – *P. Biliet,* ouvrier, âgé de 56 ans, d'une constitution sanguine, entra dans l'hôpital civil de Gand le 17 Octobre 1826, malade depuis quelques jours; il avait été atteint chez lui d'une attaque d'apoplexie, contre laquelle on avait employé les saignées générales et locales à la tête; à son arrivée, il offrait les symptômes suivans: mutité incomplète, c'est-à-dire que le malade balbutiait quelques mots qu'on pouvait à peine comprendre; les facultés intellectuelles étaient à-peu-près rétablies, mais le regard restait étonné et hébété; la pesanteur de la tête et un léger degré d'assoupissement persistaient encore; les sensations externes étaient faibles; il y avait hémiplégie du coté droit, lenteur et dureté du pouls, émission involontaire des urines, selles retardées, respiration lente mais entière, la déglutition était intacte, il y avait peu d'appétit, absence de soif, la face était rougeâtre, la peau offrait sa température normale.

18 Octobre. (*VIII sangsues aux tempes; R. Aq. laxativæ ℥iv, Mell. desp. ℥i. à prendre la moitié le matin, l'autre moitié l'après-diner; diète; ptysane oxym.*)

19. Mieux. La parole revient, face composée, l'assoupissement et la douleur de tête sont diminués, les sensations externes se rétablissent un peu; trois heures de sommeil bienfaisant, deux selles copieuses, pouls lent mais moins dur qu'hier, respiration lente, émission involontaire des urines, etc. (*VIII sangsues aux tempes; ptysane oxym.; diète; sinap. aux pieds.*)

20. Beaucoup mieux. La tête est libre, les facultés intellectuelles et les sensations externes sont rétablies, sommeil bienfaisant de six heures, l'appétit revient, le

malade sent le besoin d'uriner et les urines sont expulsées par des efforts volontaires; l'hémiplégie du côté droit persiste, pouls et respiration normaux, mais le premier est faible, une déjection alvine. (*Soupe maigre; ptysane oxym.*)

21 – 22 Octobre. L'amélioration se soutient, l'appétit se prononce, etc. (*Idem.*)

23. Même état en tout; l'hémiplégie ne diminue pas. (*Friction avec de l'esprit de vin camphré aux membres paralysés; soupe grasse.*)

Depuis le 24 Octobre jusqu'au 5 Novembre on administre la noix vomique en pillules d'un grain chacune, à raison de iij grains par jour en augmentant successivement jusqu'à la dose de x gr.; l'hémiplégie disparut et le malade sortit convalescent le 7 Novembre 1826.

Observation XVIII. – *Colète Hertrick*, âgée de 63 ans, veuve, d'une constitution sanguineo-lymphatique, affectée, par des chagrins cuisans, entre dans l'hôpital civil de Gand le 12 Juin 1827, malade seulement depuis vingt-quatre heures; la veille de son entrée, elle a été frappée d'apoplexie sans avoir ressenti le moindre symptôme précurseur, qui eut pu faire prévoir la manifestation de cette terrible maladie; à son arrivée elle offre les phénomènes suivans: hémiplégie, roideur et pesanteur des membres droits où le sentiment est anéanti; assoupissement profond, suspension complète des facultés intellectuelles et des sensations externes, pupilles dilatées, paupières entr'ouvertes, globes oculaires fixes, serrement des dents, il est impossible d'ouvrir la bouche même par la violence; face rougeâtre, decubitus plumbeus, le mouvement se conserve encore dans le côté gauche, légèrement agité de convulsions qui reviennent par intervalles; pouls lent et assez développé, respira-

tion lente, profonde et incomplète; selles retardées, l'urine s'écoule sans que la malade en ait la conscience; inappétence et peu de soif, la déglutition est impossible. Depuis son entrée jusqu'au 19 Juin, on lui a fait, à trois reprises différentes, des saignées locales assez abondantes aux tempes; les doux laxatifs furent également employés: mais tous ces moyens produisirent seulement une légère amélioration; le 20, la malade ouvrit les yeux, reconnut les assistans et balbutia quelques mots qu'on put difficilement comprendre; les facultés intellectuelles se rétablirent peu, elle conserva le regard hébété, et l'hémiplégie persista; en conséquence on lui administra la noix vomique qui fut successivement donnée jusqu'à la dose de iv grains par jour; on fit faire des frictions avec de l'onguent stimulant sur les membres paralysés; l'usage de ces médicamens fut continué jusqu'au 27 du même mois, lorsque tout-à-coup se manifesta à la face une érysipèle qui dégénéra en gangrène dans les vingt-quatre heures, et la malade mourut le 29 Juin.

1 Juillet. *Nécropsie.*

Tête. Les membranes du cerveau sont intactes. Le tissu de la masse encéphalique n'offre rien de particulier. Extravasation d'à-peu-près une once de sang coagulé dans le ventricule latéral gauche, dont les parois lavées avec soin, présentent une teinte rougeâtre.

Poitrine. Adhérences des poumons à leurs plèvres respectives. Poumon droit légèrement phlogosé à son lobe moyen. Le gauche est sain.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité, sont presque tous intacts; l'estomac présente dans sa muqueuse quelques plaques couleur de rose; celle des intestins est naturelle.

Observation XIX. – *Barbe de Wolf*, âgée de 55 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, est transportée à l'hôpital civil de Gand le 10 Septembre 1827 à midi, elle offre tous les symptômes d'un état apoplectique, tels que la suspension complète des facultés intellectuelles et des mouvemens volontaires, etc.; sa respiration est stertoreuse, profonde et incomplète, l'état comateux continu et profond; du reste decubitus plumbeus, rigidité de toutes les extrémités, pouls plein, très-lent et développé; on la saigne à l'artère temporale droite et on tire à-peu-près une livre et demie de sang artériel, on ne néglige aucun des autres moyens prescrits par l'art dans un état si urgent, et néanmoins tous les symptômes de cette *apoplexie foudroyante* persistent et la malade succombe au milieu de la nuit suivante.

12 Septembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Les vaisseaux sanguins de la dure-mère et ceux de la pie-mère sont gorgés de sang, ils offrent un diamètre trois fois plus grand que dans l'état naturel. 2°. Les ventricules latéraux sont remplis de sang noir en partie coagulé et en partie liquide, dont la quantité est si considérable que leur cloison en est déchirée, et la substance médullaire confondue avec le liquide extravasé, qui s'est fait jour jusque dans le ventricule moyen; de sorte que par la rupture et la destruction de leurs cloisons respectives les trois cavités susdites offrent l'image d'un grand réservoir plein de sang. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Poitrine. Adhérences du poumon gauche à la plèvre correspondante. Cœur flasque; péricarde vide; poumon droit sain.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité, ne présentent rien de particulier.

Observation XX. – Un vieillard dont on ignore l'âge et le nom, fut transporté le 3 Mai 1828 à l'hôpital civil de Gand, atteint d'une apoplexie forte, pour laquelle on lui avait déjà fait une saignée copieuse au bras; il offrait les symptômes suivans : suspension presque totale des facultés intellectuelles et des sensations externes, paralysie, pesanteur et roideur de toutes les extrémités, respiration et déglutition difficiles, pouls fréquent, concentré, plutôt faible; selles retardées, pâleur de la face, traits décomposés.

4 Mai. Même état. (*R. X sangsues aux tempes; Aq. laxat. vienn. ℥iij. à donner par cuillères à soupe jusqu'à la consommation de la dose prescrite.*

5. De mal en pis. Déglutition impossible, respiration sifflante et stertoreuse, les facultés intellectuelles et les sensations externes restent suspendues, constipation, le pouls reste le même. (*R. Aq. laxat. ℥iv. pour deux lavemens, un le matin, un autre l'après-diner.*

6. Idem. Le liquide injecté dans le rectum s'en est écoulé aussitôt ; le pouls est faible et fréquent. (*Rien.*)

7. Idem.

8. Mort pendant la matinée.

10 Août. *Nécropsie.*

Habitude extérieure du cadavre. Elle n'offre rien de particulier.

Tête. Le crâne étant enlevé avec précaution, on trouve ce qui suit: 1°. Etat cartilagineux de plusieurs branches des artères méningiennes, qui sont pour la plupart distendues par le sang. 2°. Les membranes cérébrales sont intactes, mais on découvre une tumeur considérable dans la partie postérieure du lobe postérieur de l'hémisphère droit du cerveau; cette tumeur étant ouverte avec précaution, on rencontre une extravasation considérable de sang dans les substances corticale et médullaire réduites en bouillie et

offrant une couleur noirâtre. 3°. A-peu-près quatre onces de sang noir extravasé dans le ventricule gauche, le droit n'offre rien de remarquable. Cervelet et moëlle allongée sains.

Poitrine. Adhérences bien organisées du poumon droit à la plèvre correspondante; un peu de serum jaunâtre dans le péricarde.

Abdomen. Etat sain des viscères renfermés dans cette cavité.

Observation XXI. – Un homme âgé de 65 ans, d'une constitution sanguine, est transporté à l'hôpital civil de Gand le 3 Mai 1828, atteint d'apoplexie violente depuis dix-huit heures; voici les symptômes qu'on observe : paralysie des membres du côté droit accompagnée de pesanteur et de rigidité, suspension des facultés intellectuelles, sensations externes très-obtuses, déglutition impossible, extrémités gauches agitées de mouvemens convulsifs; le sentiment est perdu dans tout l'appareil de la locomotion; face rouge et gonflée, paupières closes, pupilles dilatées, respiration gênée, profonde et incomplète, plus fréquente que dans l'état normal, légèrement sifflante; pouls fréquent, petit et concentré; la température de la peau est plus élevée que dans l'état naturel, émission involontaire des urines, decubitus plumbeus, constipation; il paraît que la maladie s'est manifestée subitement sans symptômes précurseurs. Le malade avait été copieusement saigné chez lui; on répéta la saignée locale au moyen de sangsues appliquées aux tempes, on administra ensuite les purgatifs irritans, et on employa les dérivans énergiques aux pieds et à la nuque; tout fut inutile, il succomba le 8 du même mois, quatrième jour depuis son entrée.

10 Mai. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Etat cartilagineux des principales branches des artères méningiennes qui offrent çà et là des points osseux. Vaisseaux sanguins de la pie-mère gorgés de sang. 2°. Engorgement sanguin considérable de la substance cérébrale occupant la face supérieure de la portion postérieure du lobe postérieur de l'hémisphère droit; cette portion étant incisée, on trouve un épanchement de sang formé à la profondeur d'un demi pouce dans les tissus cortical et médullaire, qui sont réduits en une bouillie noirâtre. Le ventricule droit n'offre rien de remarquable; la substance de l'hémisphère gauche est intacte, le ventricule correspondant contient du sang noir coagulé dont on évalue la quantité au poids de quatre onces.

Poitrine. Adhérence des poumons à leurs plèvres respectives; le droit est gorgé de sang noir, le gauche moins distendu, et presqu'atrophié.

Abdomen. Intestins gros pleins de matières fécales endurcies; du reste tous les viscères contenus dans cette cavité, sont intacts.

Observation XXII. – *P.....*, fille âgée de 21 ans, d'une constitution sanguine et robuste, se plaignait depuis quelques jours d'un violent mal de tête accompagné de pyrexie; elle tombe subitement sans connaissance, les parens la transportent de suite à l'hôpital civil de Gand où elle arrive le 12 Juin 1828, offrant les symptômes suivans: suspension complète de toutes les facultés intellectuelles et des sensations externes, les mouvemens volontaires des membres supérieurs et de l'inférieur gauche sont abolis, l'inférieur droit reste dans un état de demie flexion, et, par intervalles, est agité de convulsions; il y a rougeur de la face, état comateux profond, dilatation des pupilles, les paupières sont closes, les

globes oculaires fixes, trisme, respiration lente, incomplète et profonde; pouls petit, faible et peu accéléré, decubitus plumbeus, peau sèche et chaude: la malade, après être restée dans cette fâcheuse position pendant quelques heures, meurt le jour de son entrée vers 8 heures du soir.

14 Juin. *Nécropsie.*

Tête. Vaisseaux sanguins du cerveau et de ses membranes gorgés de sang. La surface convexe et supérieure du lobe cérébral postérieur, et la surface interne de l'hémisphère droit du cerveau sont ramollies et noires; le ramollissement a l'étendue en longueur de douze pouces et au-delà, sur la profondeur d'un demi pouce huit lignes; la substance corticale et la médullaire offrent l'aspect d'une bouillie noire, à cause d'une énorme extravasation de sang; plus profondément des points noirs d'une demi-ligne sont dispersés ça et là dans la substance médullaire. Ventricules latéraux pleins de sérosité. Le cervelet et la moëlle épinière sont restés intacts.

Poitrine. Les organes renfermés dans cette cavité, n'offrent rien de particulier.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac et des intestins offre une couleur rouge très-intense. Le colon est distendu par une matière fécale très-endurcie qu'il renferme en abondance. Les autres viscères abdominaux sont sains.

Observation XXIII. – *J. Steurbaut*, âgé de 50 ans, d'une constitution sanguine et robuste, ouvrier, adonné aux excès des spiritueux, entre dans l'hôpital civil de Gand le 19 Août 1828, malade depuis trois jours: il est atteint d'une apoplexie accompagnée de mutité et d'hémiplégie des membres droits, où le sentiment persiste; les selles sont retardées, l'urine s'évacue sans que le malade en ait la conscience. On l'a saigné chez lui au bras et

aux tempes; le jour de son entrée, cet homme était encore dans la même situation; le pouls était lent et assez développé et des symptômes de congestion sanguine aiguë dans l'encéphale se manifestaient. En conséquence on fit une nouvelle application de sangsues aux tempes et on prescrivit un purgatif irritant composé *Aqua laxat. vienn.* Celui-ci provoqua quelques selles, la congestion disparut, le pouls redevint naturel, mais resta faible, la déglutition devint normale, le malade put ouvrir la bouche, poussa la langue déviée à droite, l'hémiplégie et la mutité persistèrent; du reste regard hébété et étonné, air d'indifférence, l'appétit revint. Dans cet état d'amélioration obtenu dès le 19, on administra la noix vomique en pillules d'un grain chacune, dont on augmenta graduellement la dose depuis le 21 Août jusqu'au 31 Septembre suivant, jusqu'à ce qu'elle atteignit celle de 31 gr. par jour. Sous l'influence d'un médicament aussi actif, les facultés intellectuelles se rétablirent un peu, le malade parla sans pouvoir articuler distinctement des phrases entières, l'état de la physionomie ne changea pas. L'hémiplégie et la déviation de la langue et de la bouche restèrent; de tems à autre il se plaignit de douleur vive dans les membres paralysés, mais néanmoins l'action de la noix vomique ne fut pas suivie d'effets bien remarquables dans les muscles atteints de paralysie. On substitua à la noix vomique l'extrait résineux de strychnine, on en fit des pillules d'un demi grain chacune, dont on augmenta successivement la dose quotidienne jusqu'à quatre grains et demi, depuis le 1 jusqu'au 29 Octobre; on favorisa son action par les frictions stimulantes faites aux membres droits; le tout fut sans succès; en conséquence, on cessa l'usage de toute espèce de médicament, on prescrivit au malade un régime nourrissant, et cette indication fut maintenue pendant les mois de Novembre et

Décembre 1828 et les 12 premiers jours de Janvier 1829. L'appétit était vif; et nous avons des raisons fondées pour croire que le malade avait fait depuis quelque tems des écarts dans le régime, malgré les ordres positifs du médecin, lorsque depuis le 12 jusqu'au 14 inclusivement, il eut un epistaxis copieux trois jours de suite; interrogé, il accusa une douleur vive dans l'encéphale, accompagnée de pulsations des tempes et de pesanteur, il y avait en même tems somnolence; gonflement et pâleur de la face, vomissement d'une grande quantité d'alimens, déjections alvines abondantes; la parole était devenue inintelligible, le pouls lent et développé; depuis le 14 jusqu'au 16 Janvier, on réappliqua les sangsues aux tempes; le 18 on fit mettre à la nuque un vésicatoire, dont l'action fut entretenue. On ordonna une diète sévère. Tous ces moyens ne changèrent rien à l'état du malade jusqu'au 20, lorsqu'on s'apperçut qu'il respirait difficilement; de plus la respiration était lente, anhéleuse et incomplète; il y avait toux et expectoration de matière muqueuse et sanguinolente, assoupissement, diminution sensible des facultés intellectuelles; la prononciation était impossible, la bouche et la langue restaient déviées à droite; du reste, inappétence et insomnie; le 25 du même mois le pouls redevînt fréquent, dur et développé, la respiration presque sublime, la toux vive et sèche, il y eut pyrexie. Malgré les saignées employées depuis le 20, malgré l'usage des dérivatifs et des diurétiques sine stimulo, le malade succomba le 28 à quatre heures de l'après-midi.

30 Janvier. *Nécropsie.*

Habitude extérieure du cadavre. Embonpoint ordinaire.

Tête. 1°. Dure-mère très-adhérente aux sutures, offrant en plusieurs endroits des granulations manifestes. 2°. Arachnoïde des hémisphères cérébraux blanchâtre, ayant perdu une partie de sa transparence. 3°. Ventricule

gauche plein d'une matière jaune liquide, ayant l'odeur de fromage pourri. Le corps strié a disparu et est remplacé par une caverne remplie de matière pulpeuse et jaunâtre. Le plancher dudit ventricule est réduit à l'épaisseur d'une demi-ligne, le droit n'offre rien qui soit digne de remarque. 4°. Autre caverne récemment formée de l'étendue de quatre à cinq lignes, de forme ovale, pleine de sang coagulé, mêlée à des parcelles de substance médullaire, occupant la face inférieure du lobe moyen de l'hémisphère gauche.

Poitrine. Cavités des deux plèvres remplies de serum. Poumons gorgés de sang noir, mais du reste crépitans. *Cœur.* Ventricules droit et gauche hypertrophiés, leurs parois offrent partout l'épaisseur d'un pouce à un pouce et demi; leur capacité est réduite aux trois quarts de l'état normal.

Abdomen. Les viscères contenus dans cette cavité, sont trouvés intacts.

Observation XXIV. – Une femme âgée de 50 ans environ, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 4 Décembre 1828; voici les symptômes qu'elle offre: suspension complète des facultés intellectuelles et des sensations externes, paupières closes, pupilles dilatées, globes oculaires immobiles, respiration stertoreuse, difficile, profonde et incomplète; face rouge pâle, décomposée; pouls petit, contracté et très-accéléré; decubitus plumbeus, les extrémités inférieures exécutent encore quelques légers mouvemens, chaleur augmentée, sécheresse de la peau, déglutition impossible, il n'y a pas moyen d'ouvrir la bouche; quelques personnes, amies de la malade, rapportent qu'elle est indisposée et garde le lit depuis cinq jours: elle succombe le jour de son entrée.

Nécropsie 36 heures après la mort.

Tête. 1°. Arachnoïde épaissie, jaunâtre et verdâtre, couverte de matière purulente sur-tout entre le feuillet qui enveloppe la face supérieure et convexe des hémisphères du cerveau et la pie-mère correspondante. 2°. Epanchement séreux entre la face inférieure de la dure-mère et l'arachnoïde cérébrale. 3°. Substance des hémisphères injectée. Epanchement de sang entre l'arachnoïde et la pie-mère à la face inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit. Même épanchement vers le milieu de la face convexe du lobe moyen. Idem entre l'arachnoïde et la pie-mère du lobe postérieur du même hémisphère. Au milieu du lobe moyen de celui-ci se trouve une caverne de l'étendue de deux pouces exactement remplie par un caillot de sang noir. Les bords de cette cavité sont plus consistans que la substance cérébrale environnante; ils sont rouges, noirâtres et très-engorgés dans l'étendue d'une ligne à une ligne et demie. 4°. Les ventricules latéraux contiennent un peu plus d'une once de sérosité. 5°. *Cervelet.* L'arachnoïde dans le même état que ci-dessus. Ramollissement de quatre lignes au bord externe de la circonférence du lobe droit; ramollissement au même endroit du lobe gauche. Le tissu du cerebellum est remplacé par une matière grise et diffluente. Celui du cervelet est mollasse.

Poitrine. La cavité et le poumon droits sont sains. Le poumon gauche adhère à la plèvre costale correspondante. Son lobe inférieur est hépatisé.

Abdomen. Le foie offre un volume considérable, s couleur est grisâtre, sa substance très-consistante. Il y cinquante-deux calculs dans la vésicule biliaire, leu surface est lisse et polie; ils offrent la forme de trièdres Le grand épiploon adhère à l'ovaire gauche. Les autre viscères sont sains.

Observation XXV. – *D. Meekerl*, âgé de 47 ans, ouvrier d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 1 Décembre 1828, atteint depuis quelque jours d'un catharre chronique, produit par le froid et l'humidité de la saison; les symptômes de cette maladie s'étaient empirés, c'est-à-dire que la difficulté de respirer la toux et la douleur derrière le sternum, étaient considérablement augmentées; la fièvre était trés-légère, l'appétit assez bon : au moyen de doux expectorans et d'un vésicatoire à la poitrine, le catharre était beaucoup diminué; comme le malade avait un appétit très-vif, on lui recommanda de se ménager sur la quantité des alimens, mais il n'écouta pas des conseils dictés par la prudence. Il se porta assez bien jusqu'au 8 Décembre; ce jour il déjeûna *copieusement:* il se proposait de quitter l'hôpital. Tout-à-coup il tombe à la renverse dans son lit, et voici les symptômes qu'il offre : facultés intellectuelles et sensations externes presqu'abolies, paupières closes, pupilles presque fermées, cornée transparente terne, face rouge pâle, respiration fréquente, profonde et incomplètè, râle; on observe dans les membres supérieurs des mouvemens convulsifs, sans rigidité dans les muscles; de plus, vomissement des alimens ingérés dont la quantité expulsée remplit un pot de chambre ordinaire, déjections alvines trés-abondantes, pouls fréquent, accéléré, régulier et faible; decubitus plumbeus, la surface des extrémités inférieures est froide; on emploie tous les moyens convenables, c'est-à-dire les saignées locales et générales, les dérivatifs appliqués aux pieds et à la nuque, mais le tout en vain : le malade succombe le 9 même mois.

Nécropsie 24 heures après la mort.

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorgés de sang noir, pie-mère trés-injectée. 2°. Epanchement

de sang entre l'arachnoïde et la pie-mère à la surface convexe et supérieure de la moitié de l'hémisphère droit. 3°. Ventricule latéral droit plein de sang coagulé, évalué à-peu-près à la quantité d'une once, mêlé des parcelles de la substance médullaire; cloison des ventricules détruit. 4°. Le ventricule gauche très-dilaté communique avec une caverne de la circonférence de deux pouces et demi, formée aux dépends des circonvolutions du lobe moyen et postérieur et creusée à la surface inférieure et latérale externe de l'hémisphère gauche : cette caverne contient six onces de sang coagulé noir qui semble tenir en dissolution une assez grande quantité de tissu médullaire. 5°. La substance du cervelet et celle du cerveau sont très-injectées; les sinus de la dure-mère pleins de sang noir.

Poitrine. Adhérence du poumon gauche à la plèvre correspondante; son lobe inférieur hépatisé offre çà et là quelques points de suppuration; le poumon droit adhère à la plèvre costale, sa substance en est atrophée.

Abdomen. Intestins grêles très-rétrécis. Les autres viscères sont intacts.

Observation. XXVI. – *M. Vervalcke,* âgée de 56 ans, d'une constitution sanguine et robuste, adonnée à l'excès des boissons spiritueuses, est frappée subitement d'une apoplexie foudroyante; dans cet état on la transporte à l'hôpital civil de Gand le 1 Janvier 1829; on observe les symptômes suivans : suspension complète des facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires; rigidité des membres supérieurs et inférieurs, face rouge et gonflée, paupières closes, globes oculaires immobiles, pupilles normales, déglutition impossible, respiration stertoreuse accompagnée de ronflement, profonde et incomplète; pouls plein, tendu et fréquent, constipation, émission involontaire de l'urine,

decubitus plumbeus, sueurs copieuses et uniformes, température du corps normale; malgré des saignées abondantes tant générales que locales, malgré les dérivatifs énergiques appliqués à la nuque et aux pieds, cette femme succomba le 5 du même mois, à six heures du soir.

7 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux et sinus de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Arachnoïde des hémisphères couverte de sang noir extravasé dans son tissu. Adhérence entre cette membrane et la pie-mère au moyen d'une couche de lymphe coagulée. Vaisseaux de la pie-mère injectés jusque dans leurs plus petites ramifications. Extravasation de sang à la face convexe et latérale externe des lobes antérieur et moyen de l'hémisphère droit. 3°. Les ventricules latéraux sont effacés; une quantité de sang évaluée au poids de douze onces est épanchée dans ces deux cavités à la fois; leurs parois et les parties qu'elles contiennent sont réduites en une bouillie noirâtre qui ne présente plus de trace d'organisation. Il est impossible de reconnaître le septum lucidum. Le ventricule droit sur-tout est remplacé par une cavité de six pouces de circonférence et au-delà, et de quatre à cinq pouces de profondeur; la base de cette vaste caverne n'offre plus que l'épaisseur d'une ligne. 4°. L'arachnoïde cérébelleuse présente le même état que la cérébrale; la substance du cerveau et du cervelet est compacte et gorgée de sang. Les sinus de la dure-mère sont pleins de sang caillé. Le canal arachnoïdien spinal est rempli de serum sanguinolent; le tissu en est rouge.

Poitrine. Cette cavité et son contenu n'offrent rien de remarquable.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac est rouge et gangrenée; celle des intestins est intacte. Les autres viscères sont sains. Une masse énorme de graisse remplit les cellules de l'épiploon.

Observation XXVII. – La nommée *M. Loens*, âgée d
69 ans, femme de ménage, d'une constitution sanguineo-
lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand l
6 Janvier 1829; elle accuse les symptômes suivans
douleur vive insupportable occupant toute l'étendue d
l'encéphale, accompagnée de pesanteur et de pulsation
des tempes; cette douleur s'accroît par moment au poin
que la malade ne peut plus parler; les mouvemen
volontaires sont faibles sur-tout ceux des membres infé
rieurs, où elle accuse de la pesanteur; les facultés intel
lectuelles persistent, la voix et la prononciation son
encore claires; du reste la face est rouge, les yeux son
injectés, les pupilles dilatées; insomnie et cependan
somnolence, soif ardente, langue et bouche sèches, inap
pétence, respiration fréquente et incomplète, selles re
tardées depuis huit jours, urine normale, pouls fréquen
et concentré, sécheresse de la peau dont la températu
est naturelle. Le 7, on lui applique XII sangsues au
tempes, on prescrit l'Eau de vienne à raison de quat
onces, la diète est très-sévère. Le 8, la malade racon
qu'elle a eu deux selles la veille, mais au total elle off
à-peu-près le même état que le 7; le sommeil n'est pa
revenu, la faiblesse des membres inférieurs est augmen
tée, mais du reste elle conserve toute sa présence d'espr
et répond clairement à toutes les questions du médeci
Le pouls semble être faible, un peu tendu et concentré
on prescrit une nouvelle application de sangsues au
tempes, laquelle n'a pas lieu, parce que la malade meu
subitement dans la matinée, peu d'heures après que l
médecin l'a quittée.

10 Janvier. *Nécropsie.*

Habitude extérieure du cadavre. L'embonpoint es
médiocre.

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorg

de sang. 2°. Extravasation de sang dans toute l'étendue du tissu arachnoïdien qui enveloppe les hémisphères; il est noir, épaissi et tout-à-fait désorganisé; dans certains endroits on rencontre une couche de substance albumineuse, c'est sur-tout à la scissure de Sylvius, à la base de l'encéphale, à l'extrémité antérieure des lobes antérieurs des hémisphères que cette enveloppe offre les changemens morbides ci-dessus signalés. Le ventricule gauche est dilaté outre mesure et rempli de sang noir coagulé, mêlé à des parcelles de substance médullaire; le droit contient seulement un peu de serum. Le tissu du cerveau est rouge, injecté et offre sa consistance normale.

Cervelet. L'arachnoïde cérébelleuse offre le même état que celle des hémisphères; son tissu est ramolli. Une grande quantité de sang extravasé remplit les fosses occipitales postérieures et inférieures du crâne.

Moëlle allongée et épinière. Leur substance est vivement injectée; une grande quantité de sang est épanchée entre l'arachnoïde et les feuillets de la dure-mère spinale, il dérobe ces organes à la vue, les veines spinales en sont pleines et distendues.

Poitrine et *Abdomen.* Les organes contenus dans ces deux cavités, sont parfaitement sains.

Il est bon de faire observer à nos lecteurs que la malade avait accusé les mêmes symptômes deux ans auparavant, et qu'alors ils avaient cédé à l'application réitérée de sangsues aux tempes.

Dans l'exposition des symptômes nous suivrons le même ordre que pour l'arachnoïdite aiguë. En portant nos regards sur les faits que nous venons d'énumérer, nous reconnaîtrons que les symptômes qui décèlent l'existence de l'hémorrhagie cérébrale, sont:

Facultés intellectuelles, sensations externes, voix, parole et mouvemens volontaires des extrémités. Suspension

totale ou affaiblissement des facultés intellectuelles manifesté dans le dernier cas par la perte de la mémoire, par l'indifférence ou par l'état comateux; réponses incohérentes, bouleversement d'idées au point que le malade ne saisit plus les rapports de convention, existant entre les signes et les idées qu'ils représentent; délire tel qu'on l'observe chez les idiots, accompagné de ris ridicules, de pleurs, ou bien de tristesse ou de gaieté sans motif. Quelquefois le sentiment de la conservation est perverti; affaiblissement de la vue, pupilles dilatées ou serrées, surdité gauche ou droite, quelquefois des deux côtés à la fois; perte de l'odorat et du goût, face plus souvent rouge, d'autres fois pâle, paupières closes, globes oculaires fixes, strabisme convergent, regard hébété et étonné, balbutiement, difficulté de prononcer certains mots, langue et bouche déviées à droite ou à gauche, mutité, aphonie, affaiblissement de la voix, paralysie bornée à un ou deux membres du même côté, ou pour mieux dire hémiplégie, *transversée*, ou en *diagonale*, enfin paraplégie; tantôt le sentiment se perd, tantôt il persiste; souvent rigidité des membres paralysés sur-tout quand elle est bornée à un seul. Le malade se couche toujours sur le côté du corps qui sera bientôt le siége de la paralysie, position horizontale sur le dos; dans les cas les plus rares, une moitié du corps à perdu toute espèce de mouvement, tandis que l'autre est agitée par des convulsions continuelles: nous verrons plus bas les raisons physiologiques de phénomènes si extraordinaires et en apparence si contradictoires comme on le voit par les faits qui précèdent; il arrive quelquefois que toutes les fonctions dont nous venons d'indiquer les dérangemens, sont subitement suspendues, ou pour mieux dire, abolies.

A ces symptômes se joignent ceux de congestion hémorrhagique qui persistent encore, tels que douleur vive

de l'encéphale, pulsations des tempes, pesanteur, vertiges, éblouissemens, etc.

Respiration et circulation du sang. La respiration est lente, incomplète, profonde et unilatérale, suspirieuse, accompagnée de sifflement ou de ronflement; alors une grande quantité de mucus mêlé de salive s'écoule assez souvent de la bouche sous la forme d'écume; il y a râle muqueux à chaque inspiration, mais ces derniers symptômes sont assez inconstans et leur absence ne fournit pas d'indice certain contre l'existence de l'épanchement sanguin dans le tissu de l'encéphale.

Quant au pouls il est tantôt lent, tantôt accéléré, et s'accélère d'avantage à mesure que la respiration se ralentit; il est presque toujours dur et développé, parfois aussi concentré.

Fonctions de l'appareil digestif. Inappétence, peu de soif, langue blanchâtre et humide, déglutition affaiblie ou suspendue, quelquefois intacte, vomissement; à l'invasion il y a constipation très-opiniâtre, plus tard émission involontaire des urines et des fæces.

Organe cutané. La température de la peau est rarement changée dès le moment de l'invasion de la maladie, plus tard elle s'élève davantage : les malades se plaignent parfois de froid dans le membre perclu. La peau est souvent couverte de sueurs visqueuses et fétides.

Fonctions de la génération. Chez les hommes, érection du pénis avec ou sans éjaculation du sperme, scrotum et pénis gonflés et rouges. Chez les femmes, hémorrhagie utérine?

Dans la maladie qui nous occupe, les symptômes n'offrent pas tous la même importance. Nous avons cru utile de placer ici quelques considérations tendant à établir la valeur diagnostique de plusieurs d'entr'eux, afin de faire saisir plus facilement la nature et le siège de cette terrible affection, lorsqu'elle éclate brusquement.

En premier lieu, les dérangemens qui surviennent dans les fonctions intellectuelles de l'encéphale, sont ordinairement ceux qui décèlent l'existence de l'hémorrhagie cérébrale; comme tels ils annoncent toujours une diminution notable de l'intelligence et de toutes les sensations externes, ou du moins de plusieurs d'entr'elles. Le délire qui en est l'effet le plus immédiat est toujours tranquille; le facies de ce délire, s'il est permis de s'exprimer ainsi, indique toujours un affaiblissement considérable du jugement, et par conséquent il n'offre jamais cette énergie observée dans les phlegmasies aiguës des membranes séreuses encéphaliques. Le désordre intellectuel est tantôt accompagné de coma, et tantôt n'existe pas, parce que l'état comateux arrive au plus haut degré d'intensité; l'épanchement sanguin existe quelquefois et laisse les facultés intellectuelles parfaitement intactes au moins pour un tems; nous avons recueilli trois observations qui prouvent cette assertion d'une manière irrécusable, puisque les malades nous ont offert tous les symptômes déjà énumérés, en conservant néanmoins la présence d'esprit. Quoiqu'il en soit, l'affaiblissement notable des facultés intellectuelles et des sensations externes, et sur-tout leur suspension complète nous semblent fournir les criteria les plus remarquables de la désorganisation du tissu cérébral; et par conséquent les symptômes qui en sont les effets immédiats, offrent une grande valeur diagnostique. Même jugement doit être porté à l'égard des troubles de la voix et de la parole; ainsi la mutité complète ou incomplète, le balbutiement, la difficulté ou l'impossibilité de prononcer certains mots, la déviation de la langue et des lèvres, la faiblesse de la voix méritent la plus grande attention lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic.

La face qui exprime si souvent le degré d'intelligence

ainsi que les passions qui dominent l'homme, fournit à son tour des signes indiquant l'épanchement sanguin dans le cerveau; ce sont : le regard hébété, étonné, indifférent, ridicule; la déviation de la bouche vers le côté sain avec excrétion de la salive, la physionomie décomposée de manière à offrir l'aspect d'un idiot; néanmoins il est utile de remarquer que dans certaines affections du système nerveux, quelques-uns des symptômes énumérés ci-dessus, s'observent aussi, mais d'une manière passagère, comme le prouvent les accès de passion hystérique, etc.

Parmi les criteria de l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie des membres occupe certainement le premier rang. Soit qu'elle en affecte un ou plusieurs à la fois, elle est souvent précédée de faiblesse, d'engourdissement, d'un sentiment pénible de froid et de formication; de plus, le malade se courbe, pour ainsi dire, machinalement vers le côté du corps ménacé de la perte du mouvement, laquelle semble le plus souvent fixer son siége dans les muscles extenseurs du membre perclu, et par conséquent à défaut d'antagonisme, les fléchisseurs correspondans produisent cet état de flexion permanente que l'on observe toujours en pareil cas qui est quelquefois accompagnée de rigidité. L'observation la plus minutieuse faite avec toute l'attention imaginable, a prouvé que la cause de ce phénomène réside toujours dans la portion de l'encéphale opposée au côté paralysé, c'est-à-dire, en d'autres termes que la paralysie est croisée. Dans quelques cas à la vérité très-rares, on a observé une moitié du corps privée de mouvement, tandis que l'autre était agitée de mouvemens convulsifs extraordinaires; mais la cause de phénomènes aussi contradictoires, doit être cherchée dans la portion du cerveau où le foyer de l'épanchement sanguin s'est établi; plus bas lorsque nous trai-

terons du siège de l'hémorrhagie cérébrale, nous aurons soin d'expliquer cette contradiction apparente.

De tems à autre il arrive aussi que la perte du sentiment accompagne celle du mouvement dans le membre affecté; alors il paraît que le foyer de la désorganisation occupe généralement une plus grande étendue dans l'un ou l'autre des hémisphères cérébraux. On prétend que lorsqu'elle a envahi une portion de la protubérance annulaire, (meso-céphale) la perte totale des mouvemens volontaires a lieu instantanément (1); les membres restent flasques et les applications des irritans les plus énergiques prouvent que la perception est abolie; cependant le même effet se reproduit lorsqu'une grande étendue de la substance blanche des hémisphères est détruite, et pour s'en convaincre, il suffit de consulter les observations rapportées ci-dessus sous les nos XXV et XXVI. Ainsi, contre l'opinion de M. Serres (2), qui regarde la paralysie des membres comme une complication de l'apoplexie cérébrale, nous sommes convaincus qu'elle est un symptôme immédiatement produit par l'état pathologique du tissu cérébral et par l'extravasation sanguine qui l'accompagne.

Nous considérerons simultanément les signes déduits des troubles de la respiration et de la circulation quant à leur valeur diagnostique, nous verrons bientôt pourquoi. Dès que l'épanchement sanguin a lieu dans l'une ou l'autre partie du cerveau ou à sa surface, les fonctions vitales susmentionnées se ralentissent, l'inspiration est longue, profonde, suspirieuse, unilatérale, c'est-à-dire elle ne s'exécute pleinement que du côté qui correspond aux membres sains. Nous avons cru remarquer que les

---

(1) Serres, Nouvelle division des apoplexies. p. 336. Annuaire medico-chirurgical, année 1819. in-4.

(2) Ouvrage cité, p. 329.

parois du thorax répondant aux extrémités paralysées, se dilatent moins que celles du côté opposé; ce qui rend toujours les inspirations longues et suspirieuses, tandis que les expirations se font, pour ainsi dire, par secousses.

La respiration est quelquefois sifflante, d'autrefois ronflante ou stertoreuse. En d'autres cas, et ils sont assez nombreux, cette fonction s'exerce avec tant de lenteur et si tranquillement, qu'on est obligé de faire une attention spéciale aux mouvemens d'élévation et d'abaissement de la poitrine pour s'assurer si effectivement elle persiste encore; et quoique les troubles que nous venons de signaler soient d'une grande valeur pour découvrir l'existence de l'apoplexie, cependant les divers bruits qui se font entendre chaque fois que l'air entre ou sort des poumons, sont trop sujets à varier pour les regarder comme des signes plus ou moins certains de la maladie qui occupe l'organe le plus noble de l'économie humaine vivante.

En même tems que les mouvemens du thorax se ralentissent, le pouls devient plus lent, plus dur et se développe davantage. Mais cet état de choses ne persiste pas long-tems; car en comparant la marche de la respiration avec celle de la circulation du sang, chez un grand nombre de malades atteints d'une hémorrhagie cérébrale, qui occupait une grande surface, nous avons été singulièrement frappé de la discordance remarquable qui se manifeste bientôt entre ces deux fonctions, lorsque le terme fatal n'est plus éloigné que de deux jours, ou moins encore; nous croyons avoir remarqué qu'à mesure que le nombre des inspirations diminue dans un espace de tems donné, les pulsations artérielles s'accélèrent de plus en plus, ce qui démontre que l'harmonie entre ces deux fonctions est interrompue, et annonce en même tems un vaste foyer de sang remplaçant le tissu cérébral désorganisé

dans une grande étendue. Ainsi les signes caractéristiques puisés dans les troubles de ces deux fonctions considérées ensemble, sont de la plus haute importance.

Les symptômes les plus remarquables que nous fournissent les dérangemens des fonctions digestives, sont : la difficulté ou l'impossibilité d'avaler, ou bien un certain bruit indéfinissable, qui se fait entendre chaque fois que le malade veut avaler des alimens ou des boissons. Ce signe est très-important. Puis au moment de l'invasion, une constipation opiniâtre, suivie bientôt de l'émission involontaire de l'urine et des fæces. Ceux-ci méritent une attention soutenue de la part du médecin, parce qu'ils indiquent que le foyer sanguin occupe une grande étendue. Quant au vomissement, au défaut d'appétit, à la soif et à la coloration de la langue, ces symptômes ne sont pas assez constans et n'offrent pas de liaison assez étroite avec l'apoplexie sanguine, pour que le médecin s'en occupe d'une manière spéciale; il en est de même des phénomènes morbides que présente la peau, abstraction faite de la faculté de transmettre à l'encéphale les stimulations qu'on peut lui faire de différentes manières.

Quant aux phénomènes observés dans les parties génitales externes chez les hommes atteints d'hémorrhagie cérébrale, ils indiquent plutôt le siége de l'épanchement que la nature de celui-ci, comme le prouvent les observations recueillies par Serres (1). Chez les femmes les phénomènes analogues ne sont ni assez manifestes ni assez décisifs pour pouvoir fournir des donnés positives, tant sur le siége que sur l'existence de la maladie.

Anatomie pathologique. Avant la publication des ouvrages de Valsalva et de Morgagni, l'anatomie pathologique de l'encéphale et de ses dépendances laissait beaucoup

(1) Recherches physiol. et pathol. sur le cervelet de l'homme et des animaux. Paris, 1823. in-8.

à désirer; les dissections du cerveau se faisant avec beaucoup de précipitation, et les parties constituantes de ce viscère ayant à peine été étudiées, il en résultait un grand défaut d'exactitude dans les détails anatomico-pathologiques si nécessaires d'ailleurs pour bien préciser le siége de la maladie, et les dérangemens des fonctions intellectuelles qui en sont les effets les plus immédiats. Delà sont nées les opinions hypothétiques tour-à-tour défendues et réfutées avec chaleur, les divisions scholastiques, dont l'application à l'observation clinique devenue tous les jours plus difficile, aurait dû être basée directement sur elle. En outre, avant que Bichat eut fondé l'anatomie générale, aucun médecin ne s'était imaginé que les hémorrhagies en général, et les capillaires sur-tout, sont le résultat d'une irritation plus ou moins vive du tissu qui est devenu le siége de l'exhalation sanguine. Nous allons voir bientôt que l'application du même principe peut se faire à la plupart des hémorrhagies cérébrales produites par des causes dynamiques.

Voici les lésions trouvées dans les cadavres de ceux qui ont succombé à la maladie :

1°. Epanchement de sang plus ou moins considérable occupant toujours une caverne formée aux dépens de la substance médullaire, et offrant une étendue variable mais toujours circonscrite par des phénomènes morbides, qu'on observe dans les couches du tissu cérébral continues au foyer en question.

2°. Epanchement de sang en nappe entre les membranes et la surface externe ou interne de l'encéphale, ou à la base de celui-ci, ou enfin autour du cervelet. Cette extravasation tantôt artérielle tantôt veineuse, est quelquefois produite par la rupture des parois vasculaires à la suite d'anévrysme ou de l'état variqueux des mêmes vaisseaux offrant un grand calibre. Elle peut

aussi avoir lieu entre les deux feuillets de l'arachnoïde spinale.

3°. L'hémorrhagie cérébrale est quelquefois précédée de l'arachnitis, parfois elle lui succède, ou bien elle se transforme en suppuration du tissu encéphalique.

4°. Les variétés d'épanchemens sanguins ci-dessus indiqués, peuvent se combiner entr'elles.

5°. Quand la solution de continuité se guérit, la cicatrice se forme et peut être reconnue dans le tissu du viscère.

Approfondissons un moment la marche des phénomènes et les mutations morbides qu'on voit se manifester et persister conjointement avec les lésions que nous venons d'indiquer sommairement et dont ils sont les effets directs.

Lorsqu'on inspecte très-attentivement le sang liquide ou coagulé, extravasé dans les cavernes, on trouve presque toujours des points ou des filamens blanchâtres de l'étendue d'une ligne à une ligne et demie qui surnagent, ou sont mêlés à toute la masse. Si la quantité épanchée est considérable, très-souvent elle a perdu sa couleur noire, et présente l'aspect d'une bouillie noire jaunâtre, renfermant une portion assez notable du tissu médullaire, dont la perte est toujours en proportion de l'étendue de la caverne formée aux dépens de celui-là. En épongeant avec précaution le liquide épanché, on voit que le fond de la caverne est d'un rouge jaunâtre, ou d'un rouge pâle très-prononcé, les capillaires en sont, pour ainsi dire, injectés et groupés; tantôt il est uni, tantôt il offre une surface inégale, couvertes d'éminences coniques; le bord qui en circonscrit, la circonférence intérieure est échancré, dentelé, semblable quant à la configuration, à celui d'un ulcère atonique enflammé; il offre une couleur jaune bleuâtre, pointillée en noir, et

sa consistance est plus molle que dans l'état normal du tissu. Les couches de substance médullaire qui lui sont continues, sont colorées de rouge bleu, parsemées de points noirs avec une légère teinte de jaune. La consistance en est considérablement diminuée, abstraction faite de l'engorgement capillaire, qui semble au contraire en augmenter la consistance, quand on examine légèrement l'état morbide qui nous occupe. On observe déjà ce défaut de cohésion des molécules organiques du tissu cérébral, lorsqu'on dissèque le cerveau de ceux qui ont succombé à une autre maladie, et qu'il offre une congestion hémorrhagique qui n'a pas eu tout son effet. Chez d'autres nous avons trouvé seulement au milieu du tissu déjà désorganisé, quelques gouttelettes de sang occupant l'étendue d'une ligne au plus. Ces résultats sont conformes aux observations de Morgagni (1), Serres (2), Lallemand (3) et Rochoux (4). Le dernier prétend que le nombre de foyers circonscrits correspond toujours à celui des attaques apoplectiques. Nous pensons que ceci n'a pas lieu dans tous les cas, et pour s'en convaincre, il suffit de lire les histoires anatomico-pathologiques rapportées par Morgagni, dans Epist. III. Art. 6, LX. n° 2 et 6.

Les cavernes qu'on rencontre souvent dans le cerveau de ceux qui ont péri à la suite d'hémorrhagie cérébrale, sont quelquefois en communication avec l'un des deux

---

(1) Vol. I. Epist. II. Art. 9, 11, 13, 17 et 20. Epist. III. Art. 2, 6, 11, 15, 16 et 20. Vol. II. Epist. LX. Art. 2, 4 et 6. Epist. LXII. Art. 7, 9 et 11.

(2) Annuaire medico-chirurg. Nouvelle division des apoplexies. Paris, 1819. in-4. p. 329 et suiv.

(3) Recherches sur les maladies de l'encéphale et de ses dépendances. Vol. I. pag. 26.

(4) Rochoux, Diction. de médecine. en 18 vol. Tom. II. pag. 533, 534 et 535. Art. Apoplexie.

ventricules latéraux; de sorte que le sang s'épanche alors dans ces mêmes cavités, comme il est démontré par l'observation rapportée sous n° XXV.

L'épanchement sanguin dans l'un des ventricules peut avoir lieu sans que l'une de ces cavités communique avec la caverne creusée aux dépens du tissu cérébral; alors il paraît se former par l'exhalation morbide des parois de la cavité elle-même. Cette variété de l'hémorrhagie du cerveau d'ailleurs assez rare, paraît ne jamais être accompagnée de lésion évidente du tissu encéphalique, puisque l'attention la plus minutieuse n'y découvre qu'une teinte rougeâtre occupant la paroi ventriculaire dans une certaine étendue. Nous avons rencontré une seule fois cette variété d'épanchement dans le ventricule latéral gauche. L'observation sous n° XVIII montre assez clairement ce que nous venons d'avancer. Dans ce cas n'y a-t-il pas une certaine analogie entre la cause de ce phénomène et celle qui produit un épanchement sanguinolent analogue pendant le cours d'une pleurésie inflammatoire parvenue au plus haut degré d'acuité?

Le sang s'extravase quelquefois en nappe et couvre une grande étendue du tissu arachnoïdien ou de la surface des hémisphères ou du cervelet, comme le prouvent les observations rapportées ci-dessus sous les n°s XXIV, XXV, XXVI et XXVII. Dans d'autres cas il s'épanche à la base du crâne, abreuve la protubérance annulaire, et l'épanchement s'étend à tout le tissu du tube rachidien de l'arachnoïde jusqu'au point de dérober la moëlle épinière à la vue de l'observateur. Les faits sont encore là pour démontrer la vérité de cette assertion (1).

Quelquefois l'apoplexie ne se guérit pas, et la caverne est en proie à une inflammation ulcérative assez intense, ce qui prolonge la malheureuse existence du malade

(1) V. Morgagni, Epist. III. Art. 2. Epist. LX. Art. 4.

jusqu'à ce que la formation d'une nouvelle caverne détermine la mort, comme le prouve encore l'observation nº XXIII (1); le malheureux qui fait le sujet de cette histoire, fut atteint d'hémorrhagie cérébrale le 19 Août 1828. Sa santé s'améliora fort peu, il resta hémiplégique du côté droit; le 14 Décembre suivant, il éprouva une nouvelle attaque et six jours plus tard il cessa d'exister. On trouva dans le cadavre une caverne remplie de matière purulente occupant la place du corps strié droit, et une autre de formation récente creusée dans le lobe moyen de l'hémisphère du même côté, etc.

L'hémorrhagie cérébrale circonscrite ou en nappe succède parfois à l'arachnitis, ou se développe simultanément avec celle-ci; plusieurs faits consignés dans cette section, ne laissent aucun doute à cet égard.

Il se présente aussi des cas où le sang inonde toute l'étendue ou la majeure partie de l'encéphale, par suite de ruptures artérielles ou veineuses; mais alors on rencontre toujours des affections de tissu dans les membranes séreuses, ou dans les parois des gros vaisseaux sanguins du viscère en question; tandis que celui du cerveau et des capillaires qui y appartiennent, reste intact, de sorte que l'hémorrhagie est consécutive, ou bien l'effet d'une cause mécanique violente. L'observation confirme que les ruptures veineuses sont plus fréquentes que les artérielles.

Finalement les épanchemens sanguins signalés ci-dessus, peuvent se combiner entr'eux de différentes manières, ainsi qu'avec les lésions dont nous avons parlé; on conçoit facilement qu'il est impossible alors de demêler les symptômes propres à chacune d'elles, ainsi qu'à leurs modifications aussi nombreuses que diverses.

---

(1) P. 293 et suiv.

Cicatrices. Comme tous les autres tissus, celui du cerveau peut se réorganiser, lorsqu'il a été atteint de solution de continuité; ainsi quand elle n'occupe pas une grande étendue, l'observation prouve que la nature opère la réunion des points divisés de la même manière que dans les autres tissus, au moyen d'une cicatrice linéaire; alors le mouvement se rétablit complètement dans le membre paralysé. Quand l'issue de la maladie est moins heureuse, la réunion s'opère par un tissu aréolaire interposé entre les bords de l'ulcère; cette nouvelle substance est sujette à s'infiltrer de matière séreuse jaunâtre, et la paralysie persiste alors jusqu'à un certain degré (1).

Siége de l'hémorrhagie cérébrale. L'hémorrhagie cérébrale circonscrite peut avoir son siége dans les parties suivantes de l'encéphale, savoir : les hémisphères cérébraux, les corps striés, les couches des nerfs optiques, les tubercules quadrijumeaux, le cervelet, les ventricules latéraux et le meso-céphale (protubérance annulaire).

Celle qui occupe les hémisphères est la plus fréquente, au moins comparativement à toutes les autres; l'effet le plus constant qui en résulte, est la perte du mouvement dans les membres du côté opposé au siége du foyer sanguin; les observations de Valsalva, Morgagni (2) et Serres (3) ne laissent plus le moindre doute à cet égard. Le dernier écrivain rapporte qu'ayant ouvert trois cent cinquante-huit cadavres d'hémiplégiques, il a constamment rencontré le foyer circonscrit et la désorganisation dans l'hémisphère cérébral opposé au côté paralysé; par conséquent l'action croisée des hémisphères est démontrée.

---

(1) Serres, Anatomie comparée du cerveau. 2d vol. p. 703, 704.

(2) V. Citations, p. 317.

(3) Mémoire sur une nouvelle division des apoplexies. P. 329 et suiv.

Les mêmes auteurs (1) ont consigné dans leurs écrits plusieurs faits qui démontrent que les corps striés sont aussi, mais plus rarement le siège de l'épanchement sanguin; les observations susdites ainsi que celle que nous avons rapportée sous le n° XXIII, montrent d'une manière peremptoire l'action croisée de ces mêmes parties sur les membres.

Les couches des nerfs optiques sont beaucoup plus rarement encore le siège de l'épanchement sanguin circonscrit; Serres (2) observe que dans ce cas au lieu de paralysie croisée, il y a convulsion des membres opposés à la couche optique qui a été désorganisée; ainsi leur action croisée est mise en évidence par l'histoire anatomico-pathologique qu'il a rapportée à l'appui.

Les tubercules quadri-jumeaux présentent aussi quelquefois la maladie dont nous avons parlé jusqu'ici (3); pendant la vie on observe dans tous les membres des mouvemens convulsifs connus sous le nom de danse de S^t^. Guy, affection dans laquelle les mouvemens volontaires semblent pêcher par défaut d'équilibre entr'eux.

L'hémorrhagie circonscrite trouve aussi sa place parmi les diverses affections qui attaquent le cervelet, elle entraîne toujours la paralysie du côté opposé au siège de l'épanchement sanguin; c'est encore à M. Serres (4) que nous sommes redevables de cette connaissance importante; plusieurs faits recueillis par lui ont singulièrement contribué à éclaircir le diagnostic de cette variété d'extravasation sanguine dans le tissu de l'encéphale.

---

(1) Morgagni, Epist. LXII. Art. 7. 9. Serres, Anatom. comp. du cerveau. 2^d^ vol. in-8. p. 682.

(2) Ouvrage cité, p. 696-697.

(3) V. Ouvrage cité, p. 644-645.

(4) V. Recherches physiol. et pathol. sur le cervelet de l'homme et des animaux. Paris, 1823. avec fig. in-8.

Le sang peut s'extravaser dans l'un des ventricules latéraux sans qu'on rencontre des cavernes qui communiquent avec ces cavités ; il paraît qu'alors la paralysie se déclare dans les membres du côté opposé, et qu'elle est accompagnée de l'extinction du sentiment : les histoires anatomico-pathologiques que nous avons écrites sous les nos XVIII, XX et XXI, semblent confirmer ce que nous avançons ; cependant, comme de trois faits, on ne peut déduire une conséquence décisive, il faut attendre jusqu'à ce qu'un grand nombre d'autres recueillis avec soin, fournissent des preuves concluantes relativement à cet objet.

Le meso-céphale (protubérance annulaire) offre aussi quelquefois la lésion organique accompagnée d'extravasation de sang dans son tissu ; Serres (1) a observé que dans ce cas elle entraîne subitement la perte du mouvement et du sentiment dans tous les membres. Il a constamment observé dans les cadavres de ceux qui avaient succombé à cette redoutable maladie, que tous les lobes des hémisphères étaient parfaitemens sains.

SECTION TROISIÈME.

NATURE DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE CIRCONSCRITE. CAUSES PRÉDISPOSANTES ET EXCITANTES. CAUSE PROCHAINE.

Ce sont les recherches anatomico-pathologiques et les observations cliniques minutieuses des modernes qui ont le plus contribué à bien déterminer la nature de l'hémorrhagie cérébrale circonscrite. Effectivement lorsqu'on

(1) Mémoire sur une nouvelle division des Apoplexies. P. 351 et suiv.

réfléchit aux mutations que subit, dans une certaine étendue, le tissu de l'encéphale, ainsi qu'aux phénomènes morbides qui annoncent et accompagnent ces mutations; quand ensuite on compare celles-ci avec les symptômes qui précèdent l'explosion de la maladie, et cet ensemble de phénomènes avec les causes prédisposantes et excitantes qui ont exercé tantôt directement, tantôt sympathiquement leur funeste influence sur la portion centrale du système nerveux; il nous semble que de toutes ces données il est permis de conclure sans être accusé de précipitation, que l'hémorrhagie du cerveau (apoplexie sanguine) est une inflammation ulcérative du tissu cérébral, laquelle offre comme celle de tous les autres viscères, ses diverses nuances, et est constamment accompagnée d'exhalation sanguine dans un espace circonscrit; que la désorganisation de la substance encéphalique, qui en est l'effet immédiat, peut dans certains cas offrir une étendue assez grande, ou occuper des parties assez importantes du cerveau, pour entraîner la suspension complète, oui l'abolition de toutes les fonctions de ce viscère. Nous pouvons admettre comme conséquence rigoureuse de ce qui précède, que la solution de continuité avec épanchement du sang, ou bien l'exhalation sanguine dans l'un des ventricules latéraux sans trace évidente de l'ulcération, sont souvent les effets de la phlegmasie qui existe déjà depuis quelque tems; de même qu'on voit dans les autres tissus le sang s'exhaler des surfaces riches en capillaires, dont une irritation inflammatoire s'est emparée. Les conditions étant les mêmes dans le tissu du cerveau, il en résulte après quelque tems une sécrétion morbide des molécules zoo-chimiques de sa substance, laquelle offre un défaut remarquable de cohésion, s'ulcère, est en partie absorbée, et cède facilement à l'impulsion du fluide extravasé.

En comparant ce qui se passe dans le tissu des autres viscères où l'inflammation hémorrhagique s'établit, avec tout ce qu'on observe dans l'hémorrhagie du cerveau, on trouve la plus grande ressemblance entre celle-ci et l'hémophthysie active; en premier lieu, irritation violente dans les capillaires pulmonaires, suivie de congestion sanguine active; réaction proportionnée de la part de ces mêmes vaisseaux, exhalation de sang plus ou moins abondante, dont les limites sont comprises entre les crachats muqueux mêlés à des stries de sang, et l'expectoration de ce même fluide coulant à pleins flots jusqu'au point de produire subitement la suffocation; ensuite, désorganisation du tissu pulmonaire en une matière mollasse qui cède facilement à la plus légère pression exercée sur elle, et qui est produite plus ou moins rapidement par l'irritation déjà parvenue au degré de phlegmasie; ulcération de l'organe malade, que renouvelle et entretient la phlegmasie dont il est impossible de saisir toutes les conditions; tels sont les rapports qui rendraient cette ressemblance presqu'identique, si nous ne considérions pas les différences de structure et de fonction que nous offrent les organes principaux de l'appareil respiratoire.

L'apoplexie sanguine produite par des causes dynamiques est donc la suite nécessaire de l'état morbide du tissu cérébral signalé plus haut; c'est-à-dire, qu'elle doit son origine à la phlegmasie des capillaires qui pénètrent dans le tissu; sous l'influence de cette cause, le sang s'épanche dans une caverne circonscrite formée aux dépens du tissu viscéral en proie à une inflammation ulcérative, ou bien il s'extravase par exhalation seulement dans l'espace que limitent les parois ventriculaires. Mais cette dernière variété se présente assez rarement, tandis que, dans le premier cas, il s'accumule dans la cavité formée aux dépens du tissu préliminairement détruit et

en partie absorbé. Une lésion aussi grave ne peut avoir lieu sans porter le trouble dans les fonctions de l'encéphale relatives aux facultés intellectuelles et aux mouvemens volontaires; plus haut nous avons vu jusqu'à quel point et comment ces désordres se manifestent. Quant à la violence des symptômes mesurée sur leur extension et leur intensité, nous pensons qu'elle doit être attribuée plutôt à l'importance de la partie souffrante et à l'étendue de la désorganisation qu'à la quantité de sang extravasé; puisque cette quantité ne nous semble pas, dans le plus grand nombre de cas, assez considérable pour produire mécaniquement les dérangemens qu'on rencontre dans les fonctions de l'encéphale, lorsque l'épanchement sanguin circonscrit a lieu.

L'hémorrhagie cérébrale telle que nous la considérons, est une, parce qu'elle produit toujours les mêmes phénomènes cérébraux, c'est-à-dire, qu'elle donne lieu à des lésions partielles de l'intelligence et des mouvemens volontaires, qui peuvent être totalement abolis en même tems que la vie elle-même peut s'éteindre sous les conditions posées dans la section précédente; voilà pourquoi la distinction en apoplexies *meningées* et *cérébrales*, que M. Serres (1) a proposée, est dénuée de fondement, parce qu'elle confond des maladies essentiellement différentes: l'ensemble des phénomènes morbides auxquels il a imposé le nom d'*apoplexie meningée*, est le résultat d'une arachnitis aiguë parvenue à l'état de suppuration, d'épanchement séreux, d'adhérence, etc., et par conséquent les phénomènes qui en résultent, doivent être soigneusement distingués de ceux qui dérivent de l'hémorrhagie cérébrale.

Causes prédisposantes. On range parmi les causes prédisposantes l'âge, le tempérament sanguin, la disposition

(1) Nouvelle division des Apoplexies. § IV. pag. 272 et suiv. Annuaire medico-chirurgical. 1819. in-4.

héréditaire, l'arrière-saison, certain état de l'atmosphère, la constitution appelée hémorrhagique, le régime nourrissant ou la bonne chère, la vie oisive et sédentaire, enfin les maladies du cœur et les irritations de l'estomac.

Déjà le père de la médecine avait reconnu que les vieillards étaient plus particulièrement disposés à l'apoplexie (1). Un grand nombre de médecins ont fixé l'époque de la vie où l'homme a cette disposition, entre la 40me et la 60me année; sans vouloir nier qu'elle arrive plus fréquemment dans cette intervalle, nous n'admettons pas que c'est, pour ainsi dire, le tems d'élection, parce que nous avons sous les yeux beaucoup de faits qui montrent que l'hémorrhagie cérébrale atteint aussi souvent les individus de 28 à 40 ans que ceux qui sont plus âgés; on peut dire autant du tempérament sanguin et de la disposition héréditaire; car bon nombre d'hommes offrent ce tempérament au plus haut degré et ne furent jamais atteints de cette maladie; tandis que ceux d'une constitution nerveuse, lymphatique, maigre, délicate, et n'offrant extérieurement aucun signe capable de faire soupçonner la moindre prédisposition, sont cependant frappés d'apoplexie sanguine et périssent plus vite que les sanguins. Quant à la prédisposition héréditaire, lorsqu'elle dépend d'une certaine structure individuelle, en vertu de laquelle l'influence du cœur sur l'encéphale prédomine sur celle de tous les autres organes, alors nous croyons que cette condition peut hâter le développement de cette redoutable affection.

On a encore assigné comme causes prédisposantes l'hiver, les pluies abondantes et la chaleur humide qui succède au froid. Ces constitutions atmosphériques sont

---

(1) V. Aphorism. Sect. III. Aph. XXXI. p. 82. Vol. I. Edit. Vanderlinden.

déjà signalées par Hippocrate (1); mais quand on considère que l'hémorrhagie du cerveau se manifeste à toutes les époques de l'année, aussi bien pendant les longues sécheresses et les chaleurs violentes (2) que pendant les états opposés de l'athmosphère, dont les vicissitudes brusques peuvent aussi la faire éclater, on est porté à croire que l'influence des saisons froides est beaucoup plus restreinte qu'on ne s'imagine d'après les écrits des anciens; d'ailleurs nous pensons qu'à toutes les époques de l'année les changemens cosmiques qui ont lieu dans l'enveloppe terrestre, peuvent amener insensiblement dans l'économie animale les changemens capables de faire naître cette affection.

Nous croyons pouvoir ranger dans la même classe de causes la constitution individuelle appellée *hémorrhagique*, laquelle nous semble exister plus souvent qu'on ne pense; nous avons rencontré un grand nombre d'individus qui dès l'âge de 10 à 11 ans, étaient sujets à l'epistaxis précédé des symptômes de congestion de sang dans l'encéphale; cette hémorrhagie revenait à des intervalles plus ou moins éloignés; à l'âge adulte, l'exhalation se manifestait dans le tissu pulmonaire et disparaissait par l'application de moyens thérapeutiques convenables et par un régime approprié; à l'âge viril elle se reproduisait sous la forme d'hémorrhoïdes, dont la suppression intempestive provoquait l'épanchement sanguin circonscrit dans la substance du cerveau. Les mêmes individus offrent une constitution sanguine et en même tems éminemment nerveuse, et toutes les phlegmasies dont ils sont atteints, sont accompagnées d'une exhalation sanguine qui paraît toujours avoir lieu dans l'une ou

(1) Sectio III. Aphor. XXIII.

(2) V. Frank, Prax. med. univ. præcep. part. 2. vol. I. p. 528. dans la note indiquée sous le n° 98.

l'autre portion de la muqueuse des voies aériennes ou digestives.

La vie oisive et molle jointe à un régime très-nourrissant, exerce une grande influence sur les constitutions sanguines et sanguineo-nerveuses pour les prédisposer à l'hémorrhagie cérébrale; d'autant plus que, dans ces sortes de cas, l'énergie de l'appareil digestif contribue beaucoup à former du sang riche en fibrine; ce que démontre l'observation constante de plusieurs siècles. Il est cependant vrai de dire que, sous les mêmes conditions, les phlegmasies du canal intestinal se développent aussi souvent que la maladie qui nous occupe.

Suivent les affections organiques du cœur et les irritations de l'estomac. Parmi les premières, l'hypertrophie du ventricule gauche semble le plus contribuer à former cette prédisposition chez les hommes qui en sont atteints. Les raisons de la connexion entre les deux maladies susmentionnées, sont basées sur des relations physiologiques et pathologiques nombreuses et intimes qui existent entre les organes centraux de la circulation et du système nerveux, malgré l'opinion contraire de plusieurs physiologistes; il serait inutile de les reproduire ici. Néanmoins nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs un point digne de remarque, c'est que Corvisart qui a écrit ex professo sur les maladies du cœur, qui a assisté aux nécropsies d'un grand nombre d'individus qui y ont succombé, déclare solennellement n'avoir jamais rencontré la coïncidence de l'hémorrhagie cérébrale avec l'hypertrophie du ventricule aortique, et qu'il n'ose pas assurer avoir observé un seul cas dans lequel la première affection ait été l'effet évident d'une maladie du cœur (1).

Parmi le grand nombre d'apoplectiques que nous avons

(1) V. Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur. Paris, 1818. in-8. p. 193.

ouverts après la mort, nous n'avons recueilli jusqu'ici qu'un seul fait où la lésion organique du cœur coïncide avec l'hémorrhagie cérébrale; il est consigné sous le nº XXIII, et présente une circonstance assez curieuse, savoir : que les parois des deux ventricules cardiaques étaient épaissies et *très-consistantes:* des observations analogues ont été recueillies par Morgagni, Lieutand, Laurent et Testa. Toutefois nous pensons que la cause prédisposante en question ne se rencontre pas souvent.

Les diverses nuances d'irritation appliquée à la muqueuse de l'estomac, favorisent singulièrement le développement de l'apoplexie; aussi les relations étroites qui existent entre ces deux viscères rendent facilement raison de l'influence du premier sur le dernier. Il faut observer que ce n'est jamais la phlegmasie aiguë de l'estomac qui détermine l'hémorrhagie du cerveau; à cet égard l'observation prouve que la forme chronique de la gastrite, ou bien des irritations plus ou moins violentes de la susdite muqueuse agissent bien plus souvent comme causes prédisposantes; on le conçoit sans difficulté lorsqu'on réfléchit un instant sur l'action de certaines causes qui ont été appliquées à la surface muqueuse de l'organe central de la digestion, pour prévoir l'effet qui en doit résulter; ainsi par exemple, l'abus fréquent des spiritueux développe dans ce viscère une irritation vive qui, à raison d'intimes rapports de celui-ci avec l'encéphale, va bientôt rétentir dans la substance de ce dernier, et produire toutes les conditions requises pour l'apparition de la maladie. Les ivrognes de profession fournissent à cet égard les preuves les plus incontestables comme les plus malheureuses.

Ailleurs nous avons déjà remarqué que les causes prédisposantes devenaient occasionnelles chaque fois que leur action était continue et vive. Dans cette supposition

nous rapportons aux unes et aux autres les émotions vives de l'âme, telles que la colère, l'amour, le chagrin concentré, les contentions fortes de l'esprit long-tems prolongées; ici l'action étant directe sur l'encéphale, on comprend facilement que le concours d'une autre puissance morbifère n'est pas nécessaire pour produire l'apoplexie sanguine.

Causes excitantes. Ce sont à-peu-près les mêmes que celles qui donnent lieu à l'arachnitis aiguë; cependant comme l'hémorrhagie du cerveau, telle que nous l'avons décrite, accuse des causes dynamiques, nous excluons toutes celles qui exercent leurs effets nuisibles sur l'encéphale, en y produisant des lésions mécaniques compliquées de différentes manières, par suite desquelles les gros vaisseaux sanguins, les membranes, ou bien le tissu de ce viscère sont dangereusement lésés; telles sont les plaies de la tête compliquées de fracture du crâne, de lésion du cerveau et de ses membranes, la commotion, etc.

Par conséquent, nous rangeons parmi les causes excitantes les passions de l'âme, c'est-à-dire la colère, la terreur, le chagrin concentré, etc.; l'abus des spiritueux, le coït souvent exercé au déclin de la vie, l'insolation, les contentions d'esprit long-tems prolongées, les efforts violens, la suppression d'hémorrhagies habituelles, celle de certaines excrétions qui durent depuis long-tems comme le suintement purulent des oreilles, les cautères, les sueurs copieuses aux plantes des pieds ou aux paumes des mains; la metastase de certaines maladies constitutionnelles, telles que la goutte, les dartres, et finalement les transitions brusques de la température.

Cause prochaine. La plupart des médecins qui ont écrit sur l'apoplexie, ont regardé la compression du cerveau comme la cause prochaine et exclusive de tous les phénomènes morbides que nous offre ladite affection;

cette opinion prit son origine dans l'existence purement hypothétique du fluide nerveux; elle a dominé les esprits, d'autant plus long-tems que des autorités d'un grand poids ont épuisé tous les moyens que leur fournit un génie supérieur, pour en définir l'action et découvrir la source d'où un agent aussi puissant qu'extraordinaire émane; ainsi notre illustre Boerhave (1) a tâché de démontrer que le fluide nerveux est secrété par l'encéphale qui le transmet aux nerfs, dans lesquels il semble circuler du centre vers les parties ou appareils soumis à la volonté de l'âme; partant de cette donnée et observant dans les plaies de la tête compliquées de fracture avec enfoncement de fragmens osseux, des symptômes analogues à ceux qui décèlent l'apoplexie, il en conclut que dans le plus grand nombre de cas la compression de l'encéphale donne lieu aux phénomènes morbides déjà énumérés (2). Ainsi, comme il arrive malheureusement trop souvent pour la science, un point de doctrine applicable à quelques faits sert de base fondamentale à tout l'édifice scientifique, et tous les esprits sont entraînés par l'ascendant d'un grand génie. Ce qui mérite d'être remarqué ici, c'est que ni Hippocrate (3), ni Galien (4), ni Celse (5), qui ont connu l'apoplexie, ne parlent de la nécessité d'une compression cérébrale pour produire cette redoutable affection. Il est arrivé pour l'hémorrhagie

---

(1) V. H. Boerhave Præl. Academ. in proprias institutiones Rei Medicæ, edid. Hallerus. Venetæ, 1743. in-4. vol. I. p. 289 et suiv.

(2) V. Comment. de Van Swieten. Vol. I. § 266. p. 431. § 1009. p. 253. vol. III. Lugd.-Bat. in-4.

(3) Hippocratis opera omnia, ed. Vanderlinden. Tom. I. de Glandulis. Sect. IX. p. 419.

(4) Galenus, De locis affectis. Cap. XIV. De Apop. Paral. et Convuls. p. 448. tom. VI. Operum Hippocratis et Galeni. Edition de Charterus.

(5) Liber III. Cap. XXVI et XXVII.

cérébrale, ce qui a eu lieu pour l'arachnitis: l'erreur relative à la cause prochaine de la première affection tient à ce qu'on a cru devoir l'étudier dans les observations chirurgicales, auxquelles on a attaché l'importance qu'on n'aurait dû leur accorder que dans un petit nombre de cas. Il est d'ailleurs étonnant que Valsalva et Morgagni n'aient pas reconnu que les phénomènes morbides observés dans le cerveau des hémiplégiques, ne permettent plus d'admettre uniquement la compression comme cause prochaine de l'apoplexie, puisque le dernier prouve en différens endroits de son immortel ouvrage, que le tissu cérébral est ulcéré et la caverne qui en résulte remplie de sang liquide; ce que confirment les observations recueillies depuis par Serres, Rochoux et celles que nous avons rapportées dans le présent chapitre; de manière que nous osons déclarer qu'en cas d'épanchement de sang circonscrit, les phénomènes apoplectiques sont l'effet immédiat de la destruction du tissu cérébral qui a lieu par suite de la phlegmasie ulcérative qui s'y est établie, et nullement celui d'une cause comprimante qui occupe un espace trop limité pour pouvoir exercer une influence aussi étendue; en outre il nous semble que cette compression diminue beaucoup lorsqu'une grande portion de la substance cérébrale est ulcérée, parce que dans cette supposition le liquide extravasé remplace une grande partie du tissu détruit, et ne peut produire par son poids et son volume, une pression capable de faire naître des symptômes aussi intenses que ceux qui se manifestent alors: ce que démontrent aussi les expériences faites par Serres (1), qui a su par des moyens artificiels, exciter les épanchemens sanguins dans la cavité crânienne sans que l'apoplexie s'en suivit chez

---

(1) Mémoire sur une nouvelle division des apoplexies. p. 256 et suiv. Ouvrage cité.

les chiens soumis à ses expériences. Certes il serait absurde de prétendre que dans aucun cas la compression de l'encéphale ne puisse être regardée comme cause prochaine des phénomènes apoplectiques, car des observations multipliées et directes sont là pour prouver le contraire de cette proposition. Mais d'un autre côté n'oublions pas que le liquide extravasé, quel que soit d'ailleurs sa nature, occupe une étendue considérable que les maladies des membranes encéphaliques et celles des gros vaisseaux cérébraux ont précédé, et qu'à la suite de ces maladies, ceux-ci ont été rupturés; que le tissu cérébral reste souvent intacte au milieu de tous ces désastres; ou finalement qu'elle a été profondément lésée par des causes mécaniques dont les effets sont violens et très-étendus. Toutes ces circonstances ne se rencontrent presque jamais quand les phénomènes de l'apoplexie eux-mêmes assez limités, ont pour cause prochaine une phlegmasie avec épanchement sanguin circonscrit. Si on réfléchit mûrement à tout ce qui vient d'être dit plus haut sur la nature et le siège de l'hémorrhagie cérébrale, on ne s'étonnera plus que le traitement de cette maladie offre si peu de succès; aussi nous avouons franchement que sur deux cent cinquante apoplectiques de l'âge de 50 à 70 ans, traités par nous dans l'espace d'un lustre, nous comptons à peine quinze à vingt guérisons complètes; voilà pourquoi nous sommes persuadé que la plupart des médicamens stimulans appelés *nervins*, tant vantés dans les livres de l'art, ne sont utiles que lorsqu'il s'agit de combattre le défaut d'innervation, suite de la torpeur ou de l'imparfaite cicatrisation du tissu encéphalique, qui n'a pas encore repris ses fonctions dans la partie où la maladie avait fixé son siége.

En terminant ce chapitre, nous avons cru utile de publier l'observation suivante qui nous semble être du

plus haut intérêt, parce qu'elle montre combien le diagnostic des maladies est quelquefois obscur et difficile.

Observation XXVIII. – *Rose Mestdag*, âgée de 36 ans, d'une constitution sanguine, mère de plusieurs enfans bien portans, entre dans l'hôpital civil de Gand le 16 Avril 1827, malade depuis quinze jours; ses parens racontent que sa maladie a pris, il y a deux jours, une tournure si alarmante qu'on a cru nécessaire qu'elle fut transportée de suite à l'hôpital, afin d'y recevoir des soins plus convenables à son état; voici l'ensemble des symptômes qu'elle offre au moment de son arrivée: assoupissement profond, état comateux, toutes les facultés intellectuelles et les mouvemens volontaires sont suspendus, les paupières closes et les pupilles dilatées; les globes oculaires sont immobiles; au principe de la maladie elle avait accusé une douleur violente et continue dans l'encéphale, et pour obtenir du soulagement, elle avait demandé qu'on lui fit une saignée au bras, qui avait été pratiquée sans résultat favorable; depuis ce moment, suspension des mouvemens volontaires, decubitus plumbeus, rougeur vineuse de la face, respiration lente, profonde et incomplète; le pouls est lent et peu développé; déglutition impossible, les liquides introduits dans la bouche s'en écoulent; immobilité de la langue, chaleur de la surface cutanée normale, sécheresse de la peau, déjections alvines retardées.

17 Avril. Même état. (*R. XII sangsues aux tempes, on laisse couler le sang; sinap. aux pieds; diète; lavement irritant.*)

18. De mal en pis; le pouls est lent et à peine perceptible, même état de la respiration qu'hier; la malade a souvent vomi la nuit passée, une selle involontaire, émission involontaire des urines, etc. (*Rien.*)

19. Morte dans l'après-midi.

21 Avril. *Nécropsie.*

Tête. Tous les vaisseaux sanguins artériels et veineux des membranes et de la substance du cerveau gorgés de sang noir; du reste, toutes les parties de ce viscère sont intactes.

Poitrine. Les organes renfermés dans cette cavité, offrent la plus parfaite intégrité. Le diaphragme est gangrené dans sa portion gauche, la plèvre diaphragmatique est bleuâtre et ramollie.

Abdomen. Même changement morbide dans la portion gauche de la cloison musculo-membraneuse déjà indiquée; le péritoine, qui tapisse sa surface concave, offre la même couleur, mais un moindre degré de ramollissement. – Les autres viscères abdominaux sont restés étrangers à toute espèce d'affection.

En jetant les yeux sur l'ensemble des symptômes énumérés dans l'observation qui précède, on pouvait raisonnablement supposer que la malade était atteinte d'apoplexie foudroyante; ce qui semblait d'autant plus vraisemblable que les principaux signes de cette affection s'annonçaient avec une intensité effrayante, et que nulle part on ne pouvait découvrir la moindre trace de la phlegmasie à laquelle cette femme a succombé; les renseignemens fournis par les parens sur les causes antécédentes, le mode d'invasion, le facies morbi à son début, ainsi que sur sa durée étaient, il est vrai, très-incomplets; cependant, quand même ces circonstances eussent été bien connues, le médecin, en basant son diagnostic sur les phénomènes morbides qu'il pouvait observer, se serait encore trompé relativement au vrai siège de la maladie. La nécropsie seule a fait découvrir dans l'encéphale une congestion sanguine aiguë, qui n'a certainement pas causé la mort; la gangrène, suite d'une inflam-

mation violente, occupait la double enveloppe séreuse qui couvre la face convexe et concave de la moitié gauche du diaphragme. La congestion sanguine a donc eu lieu vers la fin par suite de l'embarras de la respiration et de la circulation du sang à travers le tissu pulmonaire. C'est ici le cas de dire : *Judicium difficile . . . experientia anceps.*

---*---

CHAPITRE TROISIÈME.

RAMOLLISSEMENT DU TISSU CÉRÉBRAL. — CAUSE DE CETTE MUTATION MORBIDE. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DES SYMPTÔMES QUI LA DÉCÈLENT.

SECTION PREMIÈRE.

Le ramollissement du tissu cérébral est l'effet d'une maladie, dont l'anatomie pathologique et le diagnostic sont dûs à l'opiniâtre persévérance des médecins modernes (1), qui, munis du double flambeau de l'anatomie et de la physiologie, sont enfin parvenus à découvrir la nature et le siége de cette affection redoutable, long-tems confondue avec certaines fièvres continues nommées ataxiques ou adynamico-nerveuses.

L'homme civilisé, doué d'un système nerveux très-développé et puissamment modifié par l'éducation et par les habitudes sociales, semble avoir exclusivement en partage le triste privilége d'être facilement atteint par des maladies qui exercent toute leur action sur l'encéphale, détruisent une partie de l'organe par lequel les facultés intellectuelles se décèlent, et privent ceux qui en sont atteints de la plus noble de leurs prérogatives, celle de raisonner et de communiquer leurs pensées.

(1) Rostan, Recherches sur le ramollissement du cerveau. Paris, 1823. in-8. 2de édit. Lallemand, ouvrage cité. vol. 2d.

22

En traitant une matière aussi délicate, notre intention n'est pas de tracer l'histoire complète de la cérébrite; outre que nous possédons trop peu de faits pour remplir cette tâche importante, nous sommes encore arrêté par les obstacles insurmontables, que rencontre le médecin exerçant sa profession dans les grands hôpitaux civils, où il lui est parfois impossible de se procurer les renseignemens nécessaires pour épier la marche d'une affection qui se développe de la manière la plus insidieuse; les malades arrivent souvent dans ces établissemens de secours publics lorsqu'ils ont déjà perdu connaissance, ou bien lorsque les facultés intellectuelles sont troublées au point qu'il faut se défier de la fidélité de leur récit. Dans d'autres cas ils sont frappés à l'improviste, et la marche de la maladie est si rapide que le médecin trouve à peine le tems d'annoter les symptômes qui se manifestent, pour les comparer après la mort avec les lésions que lui offrent l'encéphale et ses dépendances, et découvrir les signes au moyens desquels on puisse reconnaitre à l'avenir le siège et la nature du mal auquel les malades viennent de succomber.

Nous nous bornerons à l'examen de la mutation pathologique qu'on observe assez fréquemment dans le tissu cérébral, et qu'on désigne aujourd'hui par le nom de *ramollissement*: ce premier point établi, nous remonterons à la cause de ce phénomène, pour nous occuper dans la seconde section du présent chapitre de la valeur diagnostique des signes par lesquels on peut reconnaître l'existence d'une maladie qui a échappé à la sagacité des médecins les plus éclairés du siècle passé.

A cette occasion, nous consulterons encore l'observation clinique et anatomico-pathologique, seuls flambeaux capables d'éclairer nos pas dans une route aussi difficile qu'obscure.

Observation I. – Le nommé *Sel*, remouleur, âgé de 56 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 24 Avril 1828, malade depuis deux jours; il accuse les symptômes suivans: céphalalgie continue et occupant toute l'étendue de l'encéphale, accompagnée de pesanteur; somnolence et pourtant insomnie, la bouche est déviée du côté gauche, les facultés intellectuelles sont troublées, le regard hébété, les yeux plus brillans que dans l'état naturel, la prononciation est lente, mais le malade articule bien; les mouvemens des extrémités supérieures et inférieures restent intacts, le pouls est lent et assez développé, la respiration libre et entière, la déglutition facile; les déjections alvines et l'émission de l'urine s'exécutent bien, la température de la surface cutanée n'est pas augmentée, inappétence, selles libres, peu de sommeil, langue naturelle.

25 Avril. Même état. (*R. VIII sangsues aux tempes; lavement; diète; ptysane rafraîch.*)

26. Un peu mieux. La douleur de l'encéphale est diminuée, la bouche est revenue à sa situation naturelle, les facultés intellectuelles se rétablissent, face plus composée que le jour précédent, le sommeil revient, la prononciation est plus facile et moins lente, une selle; du reste même état qu'hier; le pouls est devenu faible mais conserve sa lenteur, il offre 56 pulsations dans une minute. (*Soupe maigre; même ptysane.*)

27 – 28. Même état. Selles retardées, insomnie, inappétence. (*Même prescription.*)

29 Avril. Idem. La douleur de l'encéphale est un peu augmentée, constipation, toujours même lenteur du pouls. (*Vésicatoire à la nuque, il sera entretenu; soupe maigre; même ptysane.*)

30. La douleur de l'encéphale a disparu, constipation,

même état du pouls qui reste faible; les facultés intellectuelles sont faibles, les sensations externes et les mouvemens volontaires des membres persistent, insomnie, peu d'appétit, langue humide. Le vésicatoire donne bien. (*R. Aq. laxat. vienn.* ℥*iv. pro dosi; du reste, mêmes prescriptions qu'hier.*)

1 Mai. Trois selles hier. A-peu-près même état; le malade se plaint de la diminution de la vue, la cornée transparente commence à devenir obscure et épaisse aux deux yeux à la fois, elle est légèrement injectée; les globes oculaires sont douloureux, sécrétion copieuse de matière puriforme des glandes tarsiennes. (*Ptysane oxym.; catap. émoll. sur les yeux; soupe maigre.*)

2. La cornée transparente s'ulcère dans les deux organes de la vision qui est abolie; la douleur des globes oculaires est diminuée; du reste l'état général est le même qu'hier, une selle. (*Collyre légèrement stimulant pour laver les yeux matin et soir; ptysane oxym.; soupe maigre.*)

3 – 4. Pas de changement dans l'état général du malade, inappétence, amaigrissement; le pouls offre toujours 50 pulsations par minute. (*Idem.*)

5. Pire. La prononciation est difficile, la bouche est déviée de nouveau du côté gauche; il y a surdité, les facultés intellectuelles restent obtuses, selles retardées, pouls un peu développé, toujours même degré de lenteur, respiration lente et un peu difficile. (*VIII sangsues aux tempes; R. Ol. Ricini recent. exp.* ℥*i, Mell.* ℥*i. pro dosi, à prendre après la saignée; on remplace le vésicatoire par le séton au même endroit.*)

6. Constipation, pouls moins développé qu'hier, mais sa lenteur est la même; du reste même état, insomnie, inappétence. (*R. Aq. laxat. vienn.* ℥*iv. à prendre en une fois.*)

7 Mai. Trois selles; du reste même situation; le séton commence à suppurer. (*Rien.*)

8. Idem. (*Soupe maigre; idem.*)

9. Bégaiement, prononciation difficile, le malade articule les mots de manière qu'on ne le comprend presque pas; il se plaint d'engourdissement aux extrémités inférieures, il tient toujours la position horizontale; les facultés intellectuelles restent obtuses, selles retardées, le séton suppure bien, même lenteur du pouls et de la respiration, etc., qu'hier. (*R. Aq. laxat. vienn.* ℥ *iv pro dosi; même régime.*)

10-11. Peu de changement dans l'état général du malade, le séton suppure bien sans soulagement des organes visuels, dont la maladie continue à faire du progrès; la voix commence à s'éteindre, trois selles. (*Ptysane oxym.; soupe maigre.*)

12. Paralysie des extrémités inférieures avec rigidité, les facultés intellectuelles sont troublées; du reste aucun changement depuis hier, aucun appétit, peu de sommeil, selles retardées. (*Idem.*)

13. Aphonie, léger délire accompagné d'indifférence pour tout ce qui environne le malade; la lenteur du pouls reste toujours la même, seulement il est devenu faible; constipation, inappétence, decubitus plumbeus, les mouvemens des extrémités supérieures persistent. (*R. Aq. laxat. vienn.* ℥ *iv. pro dosi; même ptysane; bouillon.*)

14-15. Même état. Le malade est enclin à l'assoupissement, le délire persiste lorsqu'on l'éveille; hier il a eu deux selles; respiration lente, pouls lent et faible, même decubitus, mouvemens faibles des membres supérieurs; le séton suppure moins qu'hier. (*Même ptysane.*)

16. Pire. Sommeil profond et léthargique dont on ne peut tirer le malade, même au moyen d'irritans appliqués à la peau; le séton cesse de suppurer, pouls

très-faible mais très-lent, déglutition impossible, respiration lente, profonde, incomplète et sifflante, constipation, rigidité de tous les membres. (*Lavement irritant; idem de bouillon, répété plusieurs fois par jour.*)

17 – 18. Même état. Le pouls est à peine perceptible, respiration sifflante, profonde, lente et incomplète, sueurs visqueuses occupant toute l'habitude du corps, face hippocratique.

19. Mort.

22 Mai. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Les membranes dure et pie-mère offrent leurs vaisseaux sanguins vivement injectées; l'arachnoïde est épaissie et très-adhérente à la pie-mère. 2°. Les substances corticales et médullaires des hémisphères sont gorgées de sang, elles présentent çà et là des taches d'une couleur bleue foncée dont l'incision fait découvrir un ramollissement noirâtre *sui generis.* Les ventricules latéraux et moyen n'offrent rien de particulier. 3°. La substance des couches optiques est parsemée dans toute son étendue de points durs et fermes du volume d'un grain de millet, leur couleur est grisâtre; le plexus choroïdien est rempli d'hydatides. 4°. La consistance du cervelet est mollasse. La protubérance annulaire et la moëlle allongée sont intactes.

Poitrine. Adhérence du poumon gauche à la plèvre costale correspondante, le droit parfaitement libre; tous les deux n'offrent rien qui soit digne d'être remarqué, il en est de même du cœur.

Abdomen. Intestins rétrécis sans offrir la moindre trace de phlogose, foie augmenté en volume, dur et lardacé. Les autres viscères sont sains.

Observation II. – Le nommé *Rom. van Belleghem*, âgé de 62 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique,

ouvrier, entre dans l'hôpital civil de Gand le 11 Mai 1827, malade depuis six jours, pendant lesquels il s'est plaint chez lui d'une douleur susorbitaire accompagnée de pesanteur de la tête, d'insomnie et de trouble des facultés intellectuelles, qui paraissent s'être singulièrement affaiblies; à ces symptômes se sont jointes l'hémiplégie du côté droit et la paralysie de l'extrémité inférieure gauche; tous ces membres sont atteints de rigidité. Puis il y a amertume de la bouche, perte d'appétit, la langue est chargée d'une croûte jaunâtre, les selles sont retardées, le pouls normal et faible, la respiration naturelle; on tâche de provoquer une déjection alvine au moyen de purgatifs huileux, ce qui réussit plusieurs fois; ensuite on essaie les fleurs d'Arnica en infusion aqueuse, dont on continue l'usage depuis le 17 jusqu'au 30 même mois; en même tems on fait faire des frictions aux membres paralysés avec de la flanelle trempée dans l'esprit de vin camphré; les selles deviennent régulières, l'appétit revient un peu, mais l'affaiblissement de l'intelligence et la paralysie persistent; néanmoins la douleur susorbitaire et la pesanteur ont disparu dès les premiers jours. A partir du 1 Juin on s'abstient de toute espèce de médicament stimulant parce que la fièvre s'est déclarée; on administre les boissons rafraîchissantes, on donne alternativement les purgatifs huileux (*Oleum ricini*) et les antiphlogistiques jusqu'au 13 du même mois, lorsque le malade tombe dans un état comateux profond, auquel il succombe le 14 à cinq heures de l'après-dîner.

16 Juin. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Les vaisseaux veineux de la dure-mère sont gorgés de sang. L'arachnoïde est opaque et épaissie. La substance cérébrale des hémisphères offre un grand nombre de points rouges. La surface convexe du lobe postérieur de l'hémisphère gauche est ramollie jusqu'à la

profondeur d'un pouce. La substance médullaire sur-tout a perdu sa consistance et sa couleur naturelle; celle-ci est devenue jaunâtre, celle-là a l'aspect d'une matière puriforme. Au centre du foyer de ramollissement on trouve un caillot de sang de la grosseur d'une noisette, ce caillot est enveloppé de matière jaunâtre, présentant la consistance sirupeuse ci-dessus mentionnée; enfin toute la circonférence de l'espace ramolli est bornée par le tissu médullaire encore resté intact, mais dont la consistance est moindre que dans l'état normal. Les couches des nerfs optiques sont transformées en une substance presque cartilagineuse. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Notez. Le malade ne s'est jamais plaint *de l'affaiblissement, ou d'une affection particulière des organes visuels.*

Poitrine. Adhérence des poumons à leurs plèvres costales respectives.

Abdomen. Les viscères contenus dans cette cavité, sont intacts.

Observation III. – *Jean de Hont,* âgé de 68 ans, ouvrier, d'une constitution sanguineo-bilieuse, entre dans l'hôpital civil de Gand le 1 Août 1827; il offre tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie, c'est-à-dire: douleur gravative et profonde dans toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur, confusion dans les idées, trouble dans les sensations externes, la face est rouge, les yeux sont brillans et rougeâtres, la voix presqu'éteinte, la prononciation très-difficile, la respiration profonde, suspirieuse et incomplète; il y a decubitus plumbeus, paralysie des extrémités inférieures et du bras droit à la suite d'une apoplexie qu'il a eue, il y a cinq mois.

1 Août. (*R. X sangsues aux tempes: lavement; diète; ptysane oxym.*)

2. Mort vers le soir.

4 Août. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Arachnoïde épaissie adhérente à la substance de l'encéphale au moyen de lymphe coagulée. 2°. Ramollissement de toute la substance corticale des hémisphères; la partie antérieure du lobe antérieur de l'hémisphère gauche est ramollie jusque dans sa substance médullaire, où la maladie présente l'étendue d'une pièce d'un florin des Pays-Bas. La substance ramollie offre une couleur jaune, elle est diffluente comme du beurre presque fondu. Notez que le tissu médullaire environnant le noyau ramolli, est plus injecté, de couleur jaunâtre et très-tenace. 3°. Ramollissement des corps striés et de la partie postérieure des couches des nerfs optiques; même état de la substance ramollie que celui annoncé ci-dessus. 4°. Ventricules latéraux distendus par une quantité considérable de sérosité.

Observation IV. – Le nommé *Mathieu Daeselaere*, âgé de 68 ans, postillon, d'une constitution sanguineo-bilieuse, adonné à l'usage immodéré des boissons spiritueuses, entre dans l'hôpital civil de Gand le 29 Novembre 1827, malade depuis cinq à six jours; il se plaint d'engourdissement aux extrémités inférieures qui rend la marche pénible et difficile; les facultés intellectuelles et les sensations sont intactes, le pouls faible et fréquent; du reste, le sommeil est assez tranquille, la respiration libre, l'appétit bon, la déjection fécale et l'émission de l'urine normales; la peau offre l'état normal, l'apyrexie est complète. En conséquence on lui administre la poudre de noix vomique à raison d'un grain par jour, en augmentant la dose graduellement jusqu'à celle de 10 grains en vingt-quatre heures; matin et soir on fait des frictions aux extrémités avec l'unguent nervin (1), et

---

(1) V. Pharmacopæe Gandav., 1786. in-4. p. 268.

finalement on accorde au malade de la soupe grasse, des légumes et un peu de viande; ce traitement est continué jusqu'au 20 Décembre même année, mais sans apporter beaucoup de soulagement.

Le 21 Décembre, le malade commence à se plaindre de céphalalgie violente accompagnée de tremblement des extrémités inférieures, tandis que les supérieures conservent leurs mouvemens normaux; il y a vertiges, pâleur de la face, dilatation des pupilles; les facultés intellectuelles et les sensations externes s'affaiblissent; le malade montre à l'égard de tout ce qui l'environne, un état d'indifférence, ou pour mieux dire, de stupeur morale, manifestée par un silence prolongé lorsqu'on ne l'interrompt pas par des questions variées auxquelles il répond mal; du reste, le pouls est plus accéléré et plus vif que le jour précédent; les déjections alvines et l'émission de l'urine sont normales; peu de sommeil, absence de soif, inappétence. (*VIII sangsues aux tempes; mixt. antiphlogist.*)

22. Un peu mieux. La stupeur et le tremblement des extrémités inférieures persistent; le pouls est moins vif, moins accéléré qu'hier, il est plutôt fréquent et faible, peu de sommeil, peu d'appétit, absence de soif, etc. (*Ptysane oxym., soupe maigre.*)

23, 24, 25 et 26. A-peu-près même état. (*Idem; mixt. antiphl.*)

27, 28, 29 et 30. Pire. Le pouls reste faible et fréquent, le tremblement général s'étend maintenant aux extrémités supérieures; les facultés intellectuelles et les sensations externes restent faibles, le malade se plaint d'une légère douleur de l'encéphale. (*Idem; sinapisme à la nuque: soupe maigre.*)

31. Même état qu'hier; inappétence, soif un peu plus grande, une selle copieuse, peu de sommeil, pouls fré-

quent et faible. (*Rep. mixt.; on remplace le sinapisme par un vésicatoire.*)

1 – 6 Janvier 1828. Même état. Seulement la tête est plus douloureuse, etc. (*Idem; soupe maigre.*)

7, 8 – 9. Idem. Toujours faiblesse d'esprit et des sensations externes, légère pyrexie, soif, langue sèche, etc. (*Idem.*)

10. Strabisme, intelligence moindre qu'hier, respiration fréquente et profonde, une selle, pyrexie augmentée, soif. (*Idem.*)

11. Diarrhée, pyrexie moindre qu'hier, tremblement des extrémités plus intense, les facultés intellectuelles et les sensations externes sont obtuses; pouls fréquent, faible et concentré, chaleur vive de la peau, une selle. (*Idem.*)

12. Idem; puis mutité, sensations externes et facultés intellectuelles abolies, même état du pouls, mouvement convulsif des membres inférieurs plus grand, tremblement continuel des membres supérieurs, inappétence. (*Ptysane oxym.*)

13. De mal en pis. Respiration suspirieuse, profonde et incomplète, état comateux prononcé approchant de l'apoplexie; pouls faible, petit, intermittent, etc.

14. Mort.

16 Janvier. *Nécropsie.*

Habitude externe du cadavre. Amaigrissement général, muscles flasques.

Tête. Meninges injectées, rouges et épaissies. Ventricules latéraux pleins de sérosité. Ramollissement de l'étendue d'un pouce, occupant la portion antérieure et contigue au frontal de la surface convexe du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. Couleur grise blanchâtre de la substance ramollie. Dans le cervelet et la moëlle allongée, rien de particulier.

Poitrine. Poumons adhéreus à leurs plèvres respectives, leur tissu est peu crépitant. Le cœur et son enveloppe sont dans l'état normal.

Abdomen. Muqueuse de l'estomac et des intestins offrant çà et là des plaques rougeâtres; les autres viscères sont intacts.

Observation V. – *P. Sergeys,* ouvrier, âgé de 47 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hôpital civil de Gand le 2 Janvier 1828, malade depuis quelques jours; il a été atteint d'un léger catharre pulmonaire qui céda facilement à l'application de quelques sangsues faite à la poitrine, ainsi qu'à l'usage des mucilagineux donnés intérieurement; seulement la convalescence n'avance pas franchement, et le malade accuse une faiblesse dans les extrémités inférieures sans perte de sentiment; l'appétit est bon, la digestion facile, le sommeil tranquille et les selles régulières; néanmoins le 5 du même mois, la faiblesse est parvenue jusqu'à l'impossibilité absolue d'exécuter les mouvemens accoutumés de manière que le patient est obligé de garder le lit, sans offrir du reste le moindre dérangement dans les autres fonctions; le 6, son état devient tout-à-coup très-alarmant, et voici les symptômes qu'il présente : céphalalgie, regard hébété, visage pâle, yeux brillans, pupilles dilatées, insomnie, perte d'appétit, respiration peu gênée, pouls lent et faible, langue presque normale, selles naturelles, position horizontale, les facultés intellectuelles restent intactes, paralysie des extrémités inférieures, les supérieures conservent leurs mouvemens, l'action des modificateurs sur les sens externes est perçue.

6 Janvier. (*Sinapismes à la nuque; lavement; diète.*)

7. Même état qu'hier; une déjection de fæces dures. (*VIII sangsues aux tempes; ptysane oxym.; diète.*)

8 Janvier. La présence d'esprit persiste, la douleur de l'encéphale est diminuée, mais la lenteur du pouls est la même, il est devenu plus faible ; du reste, même état qu'hier. (*Diète ; ptysane oxym.*)

9. Présence d'esprit, sensations externes intactes, le pouls donne 50 pulsations par minute, il est petit et faible, respiration fréquente et incomplète, selles retardées ; du reste, même état. (*Vésicatoire à la nuque ; lavement.*)

10. Pire. Léger délire qui est continu et roule sur toute sorte d'objets, sensations externes obtuses, parfois le malade affecte un silence opiniâtre, son délire est tranquille, il parle à voix basse et s'exprime difficilement ; du reste, même état qu'hier, le pouls reste faible, petit et très-lent, le vésicatoire a donné beaucoup de serum, on l'entretient. (*Mixt. antiphlog. ; lavement ; diète ; ptysane oxym.*)

11. Idem. Silence opiniâtre ; toutes les heures le malade prononce à voix basse quelques mots mal-articulés ; du reste, respiration sifflante, incomplète et lente ; même état du pouls, peu de soif, constipation. (*Lavement ; ptysane oxym.*)

12. Etat apoplectiforme, dont tous les symptômes sont évidens ; si l'on en excepte la respiration qui est lente, profonde et suspirieuse, etc. (*Artériotomie de la temporale gauche de ℥x ; ptysane oxym.*)

13. Même état. Constipation opiniâtre, convulsion des muscles de la face, sueurs profuses, pouls petit, faible et très-lent. (*Fomentations froides sur la tête ; R. Aq. laxat. vienn. ℥iv. pour deux lavemens, un le matin, un l'après-diner ; ptysane. oxym*)

14. Tous ces moyens sont sans effet, râle, pouls faible, lent et intermittent ; du reste, même état qu'hier. (*Rien.*)

15. Mort dans l'après-diner.

14 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Phlegmasie considérable des meninges qui sont épaissies et rougeâtres, et adhèrent entr'elles par granulations. 2°. Les ventricules latéraux du cerveau pleins de sérosité. 3°. Ramollissement du diamètre d'un pois, occupant plusieurs points du tissu medullaire des deux hémisphères cérébraux. La matière est grise jaunâtre.

Poitrine. Adhérence du poumon gauche à la plèvre costale correspondante, poumon droit libre. Ni l'un ni l'autre n'offre rien de particulier.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité, sont intacts.

Observation VI. — *Thérèse Petit*, âgée a-peu-prés de 65 ans, entra dans l'hôpital civil de Gand le 14 Mai 1828, malade depuis trois mois; elle a été atteinte d'une apoplexie qui a produit l'hémiplégie du côté gauche; les moyens que l'art prescrit contre ces sortes d'affections, ont été inutilement appliqués; tout-à-coup, sa situation devenant trés-alarmante, on la transporta à l'hôpital; à son arrivée, on observe les symptômes suivans: suspension totale de toutes les facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires, flaccidité de toutes les extrémités, déglutition impossible, bouche béante, langue pendante en partie hors de la cavité orale, pupilles dilatées, paupiéres closes, globes oculaires fixes, respiration lente, incomplète, trés-profonde et sifflante; haleine fétide, langue sèche et brunâtre à cause du contact continuel de l'air atmosphérique; pouls faible et fréquent, constipation depuis deux à trois jours, peau refroidie. Le médecin ne pouvant, à cause de l'impossibilité de la déglutition, de l'ouverture permanente de la bouche et de l'augmentation du volume de la langue, introduire ni médicamens, ni boissons, ni alimens par

la voie accoutumée, essaie d'obtenir quelque soulagement par l'ingestion de boissons délayantes et de bouillon au moyen de lavemens; toutes ses tentatives sont inutiles; il paraît que la paralysie s'était étendue jusqu'au sphincter de l'anus: les liquides injectés avec bien de la peine, s'écoulaient aussitôt; malheureusement cette fâcheuse situation se prolongea jusqu'au 31 Mai, jour du décès de la malade; le seul secours qu'on ait pû lui prodiguer pendant ces dix-huit jours, fut d'humecter la surface de la muqueuse orale avec la barbe d'une plume trempée dans du sirop de citron coupé d'une quantité convenable d'eau. fraiche.

2 Juin. *Nécropsie.*

Habitude externe du cadavre. Marasme au plus haut degré. Muscles des extrémités presqu'effacés.

Tête. Membranes cérébrales très-injectées; arachnoïde épaissie et adhérente à la dure-mère. Toute l'étendue des deux hémisphères offre un grand nombre de points rouges très-injectés. Ventricule latéral droit rempli de sérum, le pléxus choroïdien est chargé d'hydatides; la substance de l'hémisphère droit presque totalement ramollie et convertie en une bouillie grisâtre. Le cervelet, la protubérance annulaire et la moëlle allongée sont restés intacts.

Poitrine. Adhérence des poumons à leurs plèvres costales respectives; poumon droit hépatisé, le gauche sain.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité, offrent en général peu de chose à remarquer; les intestins sont très-rétrécis, la muqueuse du canal digestif est brunâtre dans la bouche et le pharynx; elle offre une teinte rosacée dans l'estomac et les intestins.

Observation VII. – *M. Mariage*, âgée de 65 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre dans l'hopital

civil de Gand le 27 Août 1828, malade depuis trois jours; elle a été atteinte d'une légère apoplexie qui paraît avoir cédé à quelques remèdes domestiques; aujourd'hui son état s'est beaucoup empiré, elle offre les symptômes suivans: douleur assez violente occupant toute l'étendue de l'encéphale, pesanteur de la tête, éblouissemens, face rouge, pupilles dilatées, prononciation lente et difficile, voix affaiblie, déviation des lèvres à droite, difformité de la bouche; du reste, la langue est mobile, la déglutition intacte, les facultés intellectuelles sont troublées, elle ne comprend pas les questions addressées par le médecin, et lui répond difficilement, ses réponses sont incohérentes; mouvemens volontaires du bras droit nuls, ceux du bras gauche et des extrémités inférieures sont restés intacts, dans tous ces membres, le sentiment se conserve; respiration lente, incomplète et stertoreuse, pouls plein, tendu et lent, selles retardées, inappétence, absence de soif.

27 Août. (*Artériotomie de la temporale gauche ℥x; après la saignée, fom. froides sur la tête; sinap. aux pieds; lavement.*)

28. Peu d'amélioration; les douleurs de la tête ont disparu, la pesanteur est moindre, le pouls n'est plus tendu, il est moins plein qu'hier, mais aussi lent; la respiration reste lente et n'est plus stertoreuse, une selle; du reste, même état que le jour précédent. (*Ptysane oxym.; diète; sinap. aux pieds; fom. froides sur la tête.*)

29. Assoupissement profond, respiration lente, profonde et incomplète; réponses articulées evec beaucoup de difficulté et incohérentes. subdelirium, decubitus plumbeus, insomnie, inappétence, pouls mou et presque naturel, etc. (*IV sangsues aux narines; après la saignée vésic. à la nuque.*)

30. L'assoupissement augmente, la respiration devient stertoreuse, selles retardées. (*IV sangsues aux narines;*

R. Aq. laxat. vienn. ℥ iv, Mell. despum. ℥ i. à prendre la moitié le matin, et la moitié l'après-midi.

31 Août. Une selle copieuse; du reste, à-peu-près même état, le vésicatoire donne bien. (*Ptysane oxym.; diète.*)

1er – 2 Septembre. (*Idem.*)

3. Constipation; du reste peu de changement. (*Foment. froides sur la tête; Aq. lat. ℥ iij, à prendre ut supra.*)

4 – 5. Peu d'amélioration; l'assoupissement est un peu diminué, une selle, le pouls est toujours lent mais du reste naturel. (*Idem.*)

6. L'état du malade s'empire, respiration toujours lente et incomplète, pouls plus tendu qu'hier, face rouge et bouffie, subdelirium, paralysie des extrémités inférieures qui restent flasques; assoupissement profond, évacuation involontaire des urines, selles toujours retardées, déglutition libre. (*IV sangsues aux narines; R. Aq. laxat. ℥ iv. à prendre en une dose.*)

7. Une selle; du reste peu d'amélioration. (*Rien.*)

8, 9, 10 – 11. Toujours même situation de la malade. (*Vésicatoires aux jambes; lavement.*)

12. Face décomposée et pâle, pouls offrant à peine [illegible]o pulsations par minute; état comateux, respiration stertoreuse et ronflante, sueurs visqueuses profuses par toute la surface externe du corps, insensibilité générale, etc. (*Rien.*)

13. Morte.

15 Septembre. *Nécropsie.*

Tête. Inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère; ventricules latéraux du cerveau pleins de sérosité. Les portions inférieures des lobes moyens des hémisphères sont ramollies dans l'étendue d'un pouce. Le tissu ramolli présente une couleur grise jaunâtre parsemé de points rouges. Les autres parties de l'encéphale sont intactes.

Poitrine. Adhérence des poumons à leurs plèvres respectives.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité, n'offrent rien de particulier.

Observation VIII. – *Marie Hertoghe,* âgée de 70 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre à l'hôpital civil de Gand le 28 Août 1828, malade depuis huit jours; au commencement de la maladie, elle s'est plainte d'une fièvre intermittente quotidienne qui s'est spontanément dissipée, mais à laquelle a bientôt succédé une légère attaque d'*apoplexie*, qu'on a abandonnée à la nature; en conséquence, lors de son entrée à l'hôpital, elle offre les symptômes suivans: regard hébété, facultés intellectuelles affaiblies d'une manière très-sensible, perte de mémoire, yeux ternes, pupilles dilatées, tête pesante sans douleur, réponses incohérentes et difficiles à cause de la difficulté de la prononciation et de l'affaiblissement de la voix; toutes les extrémités intactes, respiration lente et incomplète, sans être stertoreuse; insomnie sans somnolence; du reste, inappétence, bouche pâteuse, peu de soif, langue très-mobile, déglutition intacte, selles rares, pouls un peu plus lent que dans l'état normal, position horizontale du corps; la malade conserve la faculté de la changer à volonté.

28 Août. (*Vesic. ad nucham; lavement; diète; ptysane oxym.*)

29. L'état de la malade est empiré; assoupissement, somnolence, rougeur de la face; elle ne répond presque plus qu'en balbutiant quelques mots que l'affaiblissement de sa voix et la difficulté de la prononciation empêchent de comprendre; respiration plus lente encore et plus incomplète qu'hier; même lenteur du pouls qu'hier, paralysie commençante des extrémités inférieures; une selle, inappétence, déglutition intacte, la température de la peau est augmentée. (*IV sangsues aux narines:*

R. Aq. laxat. vienn. ℥ iv. à prendre la moitié le matin, l'autre l'après-diner; diète; ptysane oxym.)

30 Août. Peu d'amélioration; une selle, paralysie des extrémités inférieures, même état quant aux facultés intellectuelles, l'assoupissement est diminué mais la respiration reste lente, profonde et incomplète. (*Ptysane oxym,*)

31, et 1 Septembre. Peu de changement en mieux; la malade vomit aussitôt tout ce qu'elle ingère dans l'estomac, les selles sont toujours retardées, l'assoupissement reste stationnaire ainsi que tous les autres symptômes relatifs à la respiration et à la circulation; decubitus plumbeus, émission involontaire des urines, etc. (*Pot. oxym.; soupe maigre; sinap. à la nuque; lavement irritant.*)

2, 3, 4 et 5. Même état. Déglutition difficile, la langue est devenue moins mobile, sèche et brunâtre, une selle. (*Idem; pot. oxym.*)

6, 7 et 8. De mal en pis. Respiration sifflante, profonde et incomplète; pouls très-lent et faible, déglutition impossible, la boisson s'écoule hors de la bouche entr'ouverte, paupières presque closes, pupilles dilatées, insensibilité de l'iris à l'action de la lumière, pâleur de la face, stupeur générale; les phénomènes vitaux se réduisent à ceux de la vie végétative qui s'affaiblit de plus en plus. (*Vésicat. à la nuque; ptysane oxym.; lavement irritant; bouillon.*)

9 – 10. (*Idem.*)

11. Morte.

13 Septembre. *Nécropsie.*

Tête. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorgés de sang. Arachnoïde et pie-mère vivement injectées. Ramollissement de la face convexe et supérieure du lobe moyen de l'hémisphère gauche; la substance blanche offre l'aspect d'une pulpe blanche grisâtre très-diffluente.

Ventricule latéral droit plein de sérosité. Tissu de l'hémisphère droit plus consistant que dans l'état normal. La consistance du tissu cérébelleux est diminuée. Sérosité abondante entre la dure-mère et l'arachnoïde spinale, qui ne présente rien qui soit digne de remarque.

Poitrine. Poumon droit adhérent à la plèvre costale correspondante; le gauche parfaitement libre, tous les deux sains quant à leur parenchyme.

Abdomen. Les viscères renfermés dans cette cavité, sont intacts.

Observation IX. – *Jeannette van Mechelen*, âgée de 42 ans, journalière, d'une constitution sanguineo-lymphatique, est transportée à l'hôpital de Gand le 30 Octobre 1828; on raconte qu'elle est malade depuis quatre ou cinq semaines, que sa maladie a commencé par la fièvre continue (pyrexie), qu'elle est tombée en délire et s'est plainte d'une céphalalgie violente, et qu'on n'a fait aucun traitement chez elle. Voici les symptômes qu'elle offre: stupeur, regard hébété, chaleur brûlante au front, délire tranquille, réponses incohérentes, pesanteur de l'encephale, face rouge, yeux étincelans, pupilles dilatées, mouvemens volontaires des membres impossibles, les inférieurs sont rigides; sensations externes très-obtuses, prononciation lente, voix faible, decubitus plumbeus, les extrémités supérieures flasques; indifférence, déglutition difficile, respiration lente, sifflante, incomplète et pénible; peau brûlante et sèche, pouls lent, tendu et développé; soif ardente, langue sèche, selles rares, écoulement involontaire des urines; la malade ne témoigne aucun désir de prendre de la nourriture. Malgré les saignées générales et locales, malgré l'application des dérivatifs les plus énergiques, elle succombe le 1 Novembre, deux fois vingt-quatre heures après son entrée.

3 Novembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Epanchement de deux onces de sang entre la dure-mère et le crâne à l'endroit qui correspond à la bosse pariétale droite. 2°. Vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang. 3°. Arachnoïde injectée dans toute son étendue. Cette enveloppe, la pie-mère et le feuillet interne de la dure-mère sont d'une couleur rouge pâle. 4° Vaisseaux sanguins du tissu cérébral injectés ou gorgés de sang. Celui-ci offre plus de consistance que dans l'état normal. 5°. Le ventricule latéral droit contient deux onces de sérosité, le gauche est plein de matière puriforme fétide; toute sa circonférence est ramollie et convertie en une matière putrilagineuse; le corps strié et la couche du nerf optique gauches sont pareillement convertis en une matière jaune de consistance caséeuse, qui occupe l'étendue d'un pouce dans chacune de ces parties. La substance du cervelet est gorgée de sang mais intacte.

Tous les organes renfermés dans la Poitrine et l'Abdomen sont sains.

Observation X. – *M. vanden Berghen,* fileuse de coton, âgée de 17 ans, bien réglée et d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre à l'hôpital civil de Gand le 13 Novembre 1828, malade depuis quinze jours; ses parens racontent que la maladie a débuté par un *grand mal de tête* qu'on a négligé, et qu'elle s'est accrue insensiblement jusqu'au point de devenir alarmante; voici les symptômes qu'on observa le jour de son entrée: élancemens fréquens, pesanteur de la tête, céphalalgie tellement vive que le plus léger mouvement de la tête est impossible, pulsations des tempes imitant des coups de marteau qu'on appliquerait à la tête; tension, trouble des facultés intellectuelles sans délire; la malade répond encore aux questions qu'on lui addresse par des signes;

aphonie complète, la prononciation est si lente et si difficile qu'en approchant l'oreille de la bouche de la malade, on ne peut entendre ni comprendre les mots lentement et imparfaitement articulés; confusion des sensations externes, surdité, chaleur brûlante et sèche au front; face offrant une couleur rouge vineuse, uniformément répandue dans toute son étendue; pupilles dilatées, cornée transparente, brillante et légèrement injectée, regard hébété, indifférence; la bouche s'ouvre avec peine pour avaler avidement le liquide offert; rigidité de tous les membres, les inférieurs restent dans un état de flexion continue; decubitus plumbeus, mouvemens volontaires impossibles, somnolence, insomnie, inappétence, langue lancéolée, échancrée, rouge sur ses bords, sèche, enduite d'une croûte blanchâtre; appétit nul, soif, respiration fréquente, incomplète et pénible, pouls petit, tendu et accéléré, *ventre mou, ni tuméfié ni douloureux*, selles rares depuis huit jours, douleur vive dans tout le trajet du rachis, et sur-tout aux lombes; peau sèche et brûlante, urines rouges.

14 Novembre. (*Artériotomie de la temporale de ℥ xij; lavement; ptysane oxym.*)

15. Une évacuation alvine assez abondante; du reste, peu de changement dans l'état de la malade. (*XII sangsues aux tempes; mixt. antiphl.; diète; ptysane oxym.*)

16. Un peu mieux. Légères sueurs, la malade semble avoir un peu récupéré ses facultés intellectuelles; elle répond par signes aux questions qu'on lui addresse, mais l'intervalle lucide ne dure pas long-tems; toujours aphonie et impossibilité d'articuler des mots, surdité moindre; du reste même état que le jour précédent, etc. (*Sinap. à la nuque; mixt. antiphl.; diète.*)

17 et 18 Novembre. A-peu-près même état; insomnie, sueurs légères, pouls petit, concentré et plus lent que

le jour précédent; rigidité des membres supérieurs et inférieurs, tête renversée en arrière, légère toux, respiration incomplète, fréquente et difficile. (*VIII sangsues aux tempes; mixt. antiphl.; diète; lavement.*)

19. Un peu mieux. Présence d'esprit plus sensible, la voix semble un peu revenir, la prononciation quoique lente n'est plus si difficile, toux fréquente, expectoration de mucus gluant et visqueux; du reste, même état qu'hier. (*Vésic. pect.; mixt. antiphl.; un peu de bouillon.*)

20. Respiration très-difficile, toux suivie d'expectoration de mucus, pouls faible et fréquent, chaleur brûlante à la peau, urine abondante, claire, limpide et aqueuse; état comateux, etc. (*Idem.*)

21. De mal en pis. Râle, face bleuâtre, respiration suspirieuse, sublime et lente, état comateux; on soulève le corps de la malade tout d'une pièce, etc. (*Idem.*)

22. Morte dans la matinée.

24 Novembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure et pie-mère gorgés de sang. 2°. Collection de lymphe albumineuse entre les deux lames de l'arachnoïde, entre celle-ci et la pie-mère. 3°. Adhérence entre l'arachnoïde cérébrale et la pie-mère; idem entre l'arachnoïde cérébrale et la dure-mère, dans toute l'étendue des hémisphères elles forment une enveloppe dont il est impossible de séparer les lames. 4°. Ventricules latéraux remplis de sérosité couenneuse. 5°. Tissu des hémisphères tellement gorgé de sang noir, qu'en le comprimant, il en sort comme d'une éponge qui en serait imbibée. 6°. Arachnoïde du cervelet adhérente à la pie-mère sousjacente également gorgée de sang. 7°. Tissu du cervelet injecté, ramolli au centre du noyau médullaire du lobe droit; le ramollissement a de quatre à cinq lignes de diamètre. La substance morbide offre la consistance de beurre, elle est jaune. 8°. Arachnoïde

spinale rougeâtre, épaissie et pleine d'une grande quantité de serum rouge. Pie-mère très-injectée, tissu médullaire intact.

Poitrine. Légère collection de serum dans les cavités des plèvres et du péricarde. Poumons intacts. Muqueuse de la trachée artère rougeâtre.

Abdomen. Surface externe des intestins et notamment des grêles très-rouge. Muqueuse intestinale enflammée et ulcérée en plusieurs endroits; celle de l'estomac présente une teinte rougeâtre, parsémée de taches noires. Du reste, quatre invaginations des intestins grêles offrant l'étendue de cinq à six pouces. Les autres viscères sont intacts.

Observation XI. – Le nommé *Ch. Winne*, âgé de 50 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, abuse depuis long-tems des boissons spiritueuses; souvent il est ivre pendant plusieurs jours sans interruption; après un excès de ce genre il tombe sans connaissance chez lui, et, dans cette situation, on le transporte à l'hôpital civil de Gand le 19 Novembre 1828. Il offre les symptômes suivans: suspension complète des facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires des extrémités, paupières closes, pupilles dilatées, et insensibles à l'action de la lumière, cornée transparente terne, face pâle et décomposée, déglutition très-difficile, decubitus plumbeus, flaccidité des membres, écoulement involontaire des urines, respiration sifflante, profonde, incomplète et laborieuse; pouls fréquent, petit, un peu serré; température de la peau un peu augmentée, état comateux.

20 Novembre. (*XII sangsues aux tempes; sinap. aux jambes et aux pieds; diète; ptysane oxym.*)

21. A-peu-près même état qu'hier; sueurs profuses et générales, pouls fréquent, faible, mais un peu plus dé-

veloppé; une selle spontanée, déglutition impossible. (*Sinap. à la nuque et aux jambes; ptysane oxym.*)

22. Le malade ouvre quelquefois automatiquement les yeux, il prononce de tems en tems quelques mots qu'on ne peut ni entendre ni comprendre; la face est un peu animée, sueurs profuses et fétides, pouls moins fréquent et moins faible qu'hier; du reste, même état que le jour précédent. (*Mêmes prescriptions.*)

23. Le malade ouvre encore automatiquement les yeux, les globes oculaires restent immobiles, il a eu une selle liquide assez copieuse, il avale un peu de liquide, mais avec beaucoup de difficulté; l'assoupissement augmente, les sueurs sont profuses et fétides, la respiration paraît être moins profonde et plus complète qu'hier, il semble qu'il y ait eu un accès de fièvre intermittente. (*Vésicatoire à la nuque; sinap. aux cuisses; ptysane; bouillon.*)

24. Mort dans la matinée.

26 Novembre. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère gorgés de sang. 2°. Collection abondante de serum entre celle-ci et l'arachnoïde qui y adhère en plusieurs points de sa surface par des granulations très-apparentes. 3°. Couche albumineuse remarquable à la face supérieure convexe des hémisphères où cette membrane est très-épaissie et opaque; même degré d'épaississement et d'adhérence de l'arachnoïde à la pie-mère dans toute l'étendue de la face inférieure des hémisphères. Vaisseaux sanguins de celle-ci gorgés de sang. 4°. Ventricules latéraux pleins de sérosite. La membrane qui les tapisse offre les mêmes changemens morbides que ceux que l'on observe dans l'arachnoïde de la face externe des hémisphères. 5°. Tissu de ceux-ci normal; celui du corps strié gauche ramolli dans l'étendue d'un pouce, vers l'extrémité antérieure de cette portion; la substance médullaire y est remplacée par une

matière diffluente de couleur grise blanchâtre. 6°. Même état de l'arachnoïde cérébelleuse et spinale dans l'étendue de huit pouces. Sérosité abondante dans le canal arachnoïdien; le tissu du cervelet est flasque, celui de la moëlle épinière est sain.

Poitrine. Adhérence des poumons à leurs plèvres respectives, tissu des organes pulmonaires atrophié, cœur sain.

Abdomen. La muqueuse gastro-intestinale offre çà et là des plaques tantôt noires et tantôt brunâtres. La rate est petite et mollasse, le foie intact.

Observation XII. – Le nommé *P. E. Brauwers,* âgé de 37 ans, ouvrier, d'une constitution sanguine et robuste, se plaint depuis trois à quatre jours de pesanteur insupportable à la tête, lorsque le 7 Janvier 1829, un crochet de fer très-volumineux l'atteint, en tombant, à la région orbitaire droite, et blesse la paupière supérieure correspondante. Dans le même instant il perd connaissance, et on le transporte le 8 du même mois, à onze heures du matin, à l'hôpital civil de Gand; il offre les symptômes suivans : suspension totale des facultés intellectuelles, des sensations externes et des mouvemens volontaires; néanmoins les membres supérieurs et inférieurs sont agités de convulsions revenant par intervalles; yeux fermés, pupilles dilatées, état comateux, les ailes du nez sont fortement contractées, respiration sifflante, stertoreuse, profonde et incomplète; pouls plein, dur et lent, bouche étroitement fermée, déglutition impossible; dans cet état de choses, on fait au malade une artériotomie de ℥xviij à la temporale droite; le sang est enflammé comme dans une pneumonie très-aiguë. Aussitôt il ouvre les yeux, revient à lui, parle et répond très-bien aux questions qu'on lui addresse, après quoi on lui

administre ℥i d'huile de Ricin; le jour se passe assez bien, le pouls est moins lent, un peu tendu et développé, mais le sommeil ne revient pas et les sueurs se font inutilement attendre, le malade ne peut supporter le poids des couvertures de son lit. Le 9, à-peu-près même état, il a eu une selle la veille, les convulsions ont disparu, les membres sont flasques, la déglutition est rétablie, on lui fait une artériotomie de ℥xviij à la temporale gauche. L'amélioration ne se soutient pas; le même jour il perd connaissance et rétombe dans son premier état, aux convulsions près. Le 10, on essaie encore l'application des sangsues aux narines, on applique successivement les dérivatifs les plus énergiques à la nuque et aux pieds; tout est inutile, le malade expire le 13.

15 Janvier. *Nécropsie.*

Tête. 1°. Vaisseaux des meninges et du cerveau gorgés de sang. 2°. Adhérences nombreuses entre les feuillets de l'arachnoïde, entre celle-ci et la pie-mère, dans toute l'étendue des enveloppes des hémisphères. 3°. Couche de matière épaissie, albumineuse et jaunâtre, occupant toute l'étendue de l'arachnoïde qui enveloppe les hémisphères cérébraux; cette membrane est ramollie, elle se déchire avec facilité. 4°. Foyer de suppuration au lobe antérieur de l'hémisphère droit, offrant la circonférence d'un pouce et demi; tissu cérébral remplacé par une matière jaunâtre diffluente. 5°. Substance des hémisphères cérébraux sablée de sang; les ventricules latéraux vides; la substance corticale hypertrophiée. 6°. L'arachnoïde cérébelleuse n'offre rien de particulier. La substance du cervelet est saine mais gorgée de sang. 7°. Le canal arachnoïdien du rachis est rempli de sérosité; cette membrane a perdu sa transparence, elle s'est épaissie. La voûte de l'orbite est restée intacte.

Poitrine et Abdomen. Les viscères renfermés dans ces deux cavités, sont dans l'état normal.

Observation XIII. — *F. Clavier*, femme âgée de 50 ans, d'une constitution sanguineo-lymphatique, entre à l'hôpital civil de Gand le 25 Novembre 1828, malade depuis vingt-quatre heures; elle est devenue sourde de l'oreille gauche, il y a 20 ans, à la suite d'une chûte faite sur la tête; ses amies racontent que depuis un an elle se plaint d'une douleur vive et constante occupant le fond de la bouche du côté gauche, et se propageant le long des muscles moteurs de la mâchoire inférieure, dont les mouvemens augmentent les souffrances au point d'empêcher la malade d'ouvrir la bouche pour boire ou manger; le côté gauche de la face est gonflé; les autres symptômes de la maladie sont: douleur et pesanteur de l'encéphale, somnolence et pourtant insomnie, face rouge, yeux brillans sans changement de couleur à la cornée transparente, déviation de la bouche à droite, liberté des mouvemens volontaires, voix faible, prononciation difficile, faiblesse des extrémités inférieures, flaccidité de tous les membres, position horizontale, facultés intellectuelles intactes, œil continuellement baigné de larmes, pupilles normales, respiration naturelle, pouls fréquent, petit et contracté; il y a trois semaines qu'elle s'est trouvée dans le même état: on emploie les saignées locales et les purgatifs, auxquels succède bientôt l'usage des Fleurs d'Arnica Montana en infusion; on y ajoute plus tard l'Huile de Thérébenthine à raison de quatre scruples pour huit onces d'infusion d'Arnica; on suit ce traitement depuis le 28 Novembre jusqu'au 10 Décembre suivant, mais sans obtenir le plus léger succès; depuis le 12 jusqu'au 17, on observe: regard hébété, indifférence, extinction incomplète de la voix, prononciation si imparfaite que l'articulation des mots est presqu'impossible; vision abolie dans l'œil gauche, dont la cornée transparente devient opaque, et les bords des paupières collent ensemble

par une matière épaisse, puriforme et très-gluante; pupille de l'œil droit dilatée, diminution sensible des facultés intellectuelles; la malade refuse avec opiniâtreté toute espèce d'aliment et de boisson; surdité des deux côtés, face pâle, rigidité de tous les membres, flexion permanente des inférieurs, c'est-à-dire, les jambes restent fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin; écoulement involontaire de l'urine et des fæces, pouls petit, faible et peu fréquent; enfin du 18 au 19, la rigidité de tous les membres continue, les supérieurs sont étendus, les inférieurs toujours fléchis; état comateux, respiration lente et presqu'imperceptible, peau sèche, brûlante et aride; marasme au plus haut degré, déglutition impossible, constipation opiniâtre, pupille droite dilatée, pouls faible et lent, mouvemens automatiques des paupières supérieures et des bras; cet état de choses dura jusqu'au 20. La malade meurt le 21, à sept heures du matin.

23 Décembre. *Nécropsie.*

Marasme au plus haut degré, les muscles des membres sont presqu'effacés.

Tête. 1°. Cornée transparente de l'œil gauche épaissie et opaque. 2°. Vaisseaux sanguins de la dure-mère et de la pie-mère gorgés de sang. 3°. Arachnoïde légèrement épaissie dans toute son étendue; elle offre une teinte rouge dans le feuillet qui recouvre la face antérieure, supérieure et convexe de l'hémisphère gauche. 4°. Epanchement de sang assez copieux à la base du crâne. 5°. Substance de l'hémisphère droit gorgée de sang. 6°. Ventricule latéral du même côté plein de serum. 7°. Tissu de l'hémisphère gauche gorgé de sang comme celui du côté opposé. Ventricule latéral gauche dilaté et faisant partie d'une caverne qui a trois pouces de circonférence, et un pouce et demi de profondeur, est formée en partie aux dépens du tissu de la face latérale inférieure

du lobe antérieur, et s'étend profondément en devant dans le tissu de ce lobe et en arrière, jusqu'au voisinage de la scissure de Sylvius. Cette caverne est pleine de sang coagulé faisant masse avec celui qui remplit le ventricule latéral gauche; ses bords sont durs, noirs et engorgés; une portion de la substance cérébrale ramollie et mêlée au sang y est convertie en une pulpe noirâtre. Les couches des nerfs optiques, l'entrecroisement de ceux-ci, et les nerfs optiques eux-mêmes sont intacts. 8°. Tumeur fibreuse et fongeuse occupant la face inférieure du lobe moyen, et adhérant à la dure-mère et aux autres enveloppes cérébrales; cette tumeur occupe l'étendue de trois pouces et demi, elle a deux pouces d'épaisseur; lorsqu'on l'ouvre suivant sa longueur, son tissu crie sous le scalpel et présente intérieurement encore quelques vestiges des circonvolutions du lobe, dans la substance duquel il s'est développé. 9°. Carie du plancher de la fosse moyenne gauche d'un pouce et demi de longueur sur un pouce de largeur; elle s'étend de la face antérieure et externe de l'apophyse pierreuse qui en participe, jusqu'au bord postérieur de la grande aile du sphénoïde. Les parties molles de la cavité buccale qui revêtent le plancher de la fosse moyenne et remplacent la substance osseuse détruite, sont restées intactes. 10. L'arachnoïde du cervelet est épaissie, le tissu de cet organe flasque et injecté.

Poitrine. Adhérence des poumons à leurs plèvres costales respectives. Substance pulmonaire sèche et atrophiée. Lobe inférieur droit hépatisé.

Abdomen. Intestins grêles très-rétrécis et offrant plusieurs anses frappées de gangrène. Substance du foie plus consistante que dans l'état normal, sa face concave offre une couleur d'ardoise.

Les treize observations qui précèdent, nous appren-

nent bien des choses importantes relativement à la nature de la cause qui produit le ramollissement du tissu encéphalique; d'abord la première condition sous laquelle cette désorganisation a lieu, est l'afflux du sang qui entraîne presque toujours l'inflammation dans le tissu où il s'établit; l'existence de la congestion sanguine aiguë est démontrée par les nécropsies, puisqu'on rencontre toujours les vaisseaux sanguins de la pie-mère engorgés et le tissu cérébral lui-même sablé de sang quand on le coupe par tranches minces et transversales; lorsqu'on presse celles-ci entre les doigts, ce fluide s'en échappe sous la forme de nombreuses gouttelettes. Dans quelques cas, le mouvement fluxionnaire en question est assez considérable pour causer l'hypertrophie de la substance corticale, comme le prouve l'observation consignée sous le nº XII; d'ailleurs les symptômes qui annoncent l'afflux du sang dans l'encéphale avec tendance à l'inflammation hémorrhagique (*apoplexie sanguine*), se reproduisent ici à-peu-près de la même manière; seulement leur succession ou leur ensemble est plus vague, et leur marche plus obscure que lorsque l'hémorrhagie cérébrale est sur le point d'éclater. Néanmoins on ne peut s'empêcher d'admettre que la seule apparition de symptômes indiquant la congestion sanguine aiguë dans le cerveau, ne suffit point pour faire reconnaître la tendance à un état inflammatoire que suit bientôt la désorganisation du tissu encéphalique.

Une seconde condition qui ne contribue pas rarement à produire le ramollissement du cerveau, est l'arachnoïdite aiguë ou chronique, qui accompagne si souvent cette espèce de désorganisation; aussi toutes les observations rapportées plus haut, auxquelles nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, nous offrent la coïncidence de l'inflammation de la séreuse cérébrale avec la muta-

tion morbide du tissu de l'encéphale; nous avons même de bonnes raisons pour croire que la mort survient beaucoup plutôt lorsque l'épanchement séreux a lieu à la base du crâne, entre les enveloppes, ou dans les ventricules du viscère que lorsqu'elle est la suite de son ramollissement. La complication qui se présente ici est encore d'une grande importance, soit qu'elle succède à la maladie du viscère lui-même, soit que celle-ci se soit développée avant la première; parce que dans tous les cas c'est la phlegmasie des membranes enveloppantes qui s'est propagée dans le tissu enveloppé, ou bien l'inflammation de celui-ci a fini par s'étendre à celles-là: ainsi la complication qui semble mettre obstacle à la découverte de la cause prochaine d'une maladie aussi grave, sert au contraire à éclaircir et à dévoiler la nature intime de cette cause, qui a si puissamment agi pour détruire la texture normale, et y substituer une matière hétérogène dont la formation et l'existence sont incompatibles avec les fonctions de l'organe destiné à diriger nos opérations intellectuelles. S'il pouvait rester le moindre doute à l'égard de ce que nous venons d'avancer, les maladies inflammatoires d'autres viscères sont là pour en démontrer l'exactitude.

Maintenant si nous portons toute notre attention sur la mutation du tissu désignée sous le nom de ramollissement cérébral, nous voyons qu'elle présente les variations suivantes: 1° matière jaunâtre, diffluente, de consistance syrupeuse ou butyreuse, tantôt inodore, tantôt offrant l'odeur de fromage (Observat. II, III, IX, X et XII). 2° Bouillie grise blanchâtre, quelquefois tiquetée de points rouges, ou pulpe noirâtre disséminée dans la substance des hémisphères, ou bien foyers multiples et très-circonscrits pleins d'un fluide gris jaunâtre et offrant l'étendue d'un gros pois (Observat. I, IV, V et VII.) 3° Pulpe ichoreuse fétide de couleur grise sale, tellement

diffluente qu'elle s'écoule au plus léger attouchement comme de la sanie (V. observat. VI, VIII, IX et XI.) De plus, les couches des tissus cortical et médullaire qui limitent les cavernes, dans lesquelles les divers produits de la substance cérébrale désorganisée sont renfermés, présentent aussi des bords inégaux, dentelés plus consistans que le tissu ramolli, mais offrant déjà une teinte rouge bleuâtre, grisâtre, parfois d'une couleur jaune légère ou pointillée de rouge. En épongeant cette matière hétérogène qui s'enlève facilement, le fond de la caverne offre les mêmes teintes variées que nous venons d'indiquer et un degré de consistance moindre que dans l'état normal.

Un autre fait d'observation qui nous semble jeter le plus grand jour sur la nature de la cause qui produit le ramollissement du tissu encéphalique, c'est la coïncidence de l'inflammation hémorrhagique avec cette désorganisation, non-seulement dans le cerveau, mais dans la même partie de ce viscère; ainsi quand on consulte la nécropsie rapportée dans l'observation IIme de ce chapitre, il est facile de voir que l'inflammation hémorrhagique avait devancé la suppuration, puisque la matière puriforme qui occupait une assez grande étendue du tissu cérébral, enveloppait le caillot de sang et limitait la caverne formée aux dépens de la substance médullaire. La XIIme observation présente aussi la coexistence remarquable de la suppuration du même tissu avec l'arachnitis aiguë du cerveau; ici un foyer de matière puriforme s'est formé au lobe antérieur de l'hémisphère droit, il offre l'identité la plus frappante avec le pus proprement dit, qu'on rencontre dans les phlegmons suppurés du tissu cellulaire; si à tout cela nous ajoutons encore les observations n°s XXII et XXIII du second chapitre et plusieurs de celles qui sont disséminées dans le premier; alors comparant les faits entr'eux et considérant

les causes excitantes à l'influence desquelles ils doivent leur origine, les phénomènes locaux qui se sont manifestés pendant la vie, et finalement l'enchainement rigoureux que l'ensemble de ces phénomènes présente, nous ne pouvons méconnaître la cause qui a primitivement existé dans le tissu encéphalique, sur-tout si nous voyons avec les yeux du médecin impartial qui appuye ses recherches sur l'observation clinique et l'anatomie pathologique.

La XXIIIme observation du second chapitre est des plus importantes sous le rapport de la conséquence qui en découle; rappelons nous un instant que le malade *Steurbaut* est frappé d'apoplexie pendant le mois d'Août 1828; les fonctions du cerveau se rétablissent tant soit peu, mais ne récupèrent plus leur état physiologique; cinq mois après, c'est-à-dire le 14 Janvier 1829, le malade succombe à une nouvelle attaque. En faisant la nécropsie, on découvre le foyer sanguin circonscrit récemment formé; on découvre en même tems une suppuration bien prononcée au corps strié gauche, remplacé par une caverne profonde remplie de matière jaunâtre et puriforme: ce fait est fécond en résultats pathologiques, car l'hémorrhagie cérébrale s'est transformée en suppuration, et tandis que celle-ci existe encore, un nouvel épanchement sanguin a lieu dans la partie contigue du tissu cérébral, qui appartient au même hémisphère; c'est l'inflammation hémorrhagique qui s'est changée en suppurative d'une manière analogue à celle dont l'inflammation du tissu pulmonaire transforme, avec le tems, en matière puriforme, une étendue plus ou moins grande du viscère respiratoire où l'exhalation sanguine a eu lieu.

Plusieurs médecins pensent encore aujourd'hui que le ramollissement du tissu encéphalique ne peut, dans certains cas, être considéré comme l'effet d'une phleg-

masie, parce que la matière hétérogène qu'on rencontre après la mort, n'offre pas toujours les criteria du vrai pus, tel que celui que secrètent les vaisseaux capillaires artériels dans les phlegmons qui ont fixé leur siège dans le tissu cellulaire des membres supérieurs et inférieurs, etc. Pour démontrer la fausseté de cette idée, Lallemand épuise toutes les ressources de son excellent esprit observateur, et tâche de prouver que la métamorphose de la substance encéphalique en une bouillie grisâtre, jaune, blanchâtre, est la suite du mélange de matière puriforme avec les débris morbides du tissu du viscère; mais remarquons d'abord qu'ici encore l'erreur a pris son origine dans l'application trop générale d'un principe fondé uniquement sur un certain nombre de circonstances relatives à la structure anatomique et aux fonctions de la partie enflammée, circonstances dont l'influence est beaucoup plus limitée qu'on ne le croirait au premier apperçu; d'ailleurs l'application trop générale du principe que nous venons de citer, est désavouée par l'observation journalière; tous les médecins qui sont appelés à combattre les pleurésies aiguës ou chroniques mortelles, ont pû s'assurer après la mort, que la phlegmasie de l'enveloppe s'étant propagée à l'organe enveloppé, métamorphose le tissu de celui-ci en une matière mollasse de nature diverse, que, faute de meilleure dénomination, on est convenu d'appeler *bouillie* ou *fonte putrilagineuse*. Si donc le tissu d'un viscère parenchymateux atteint d'inflammation, a subi une altération si profonde sous l'influence d'une cause pareille; est-il raisonnable, est-il conforme à la saine logique de prétendre que le ramollissement du tissu trouvé après la mort, n'est pas l'effet de cette même cause, c'est-à-dire de cette phlegmasie, parce que la matière nouvellement formée, ne présente pas les criteria du pus appelé louable?

Quand l'analogie est basée sur des observations presqu'identiques, il nous semble qu'elle se change en évidence pour celui dont l'esprit n'est pas dominé par des opinions hypothétiques fondées uniquement sur une sorte de vénération que l'on croit devoir accorder à la théorie médicale établie par l'autorité de devanciers célèbres.

En poursuivant la discussion d'une matière aussi importante, une réflexion très-simple et frappante de vérité s'offre à notre esprit; la matière puriforme ou le pus lui-même varie d'après la structure diverse de l'organe phlegmasié et d'après les irritations concomitantes qui peuvent en même tems attaquer l'appareil digestif ou tout autre; combien ne varie-t-il pas pendant le cours de la phthysie que quelques médecins appellent scrophuleuse? lorsqu'une plaie suppurante marche vers la guérison, nous voyons tous les jours, si l'air de l'appartement occupé par le blessé est infecté, ou bien si les fonctions de l'estomac se dérangent, qu'en quelques heures il perd toutes ses qualités bienfaisantes et se change bientôt en une matière fluide sanieuse et ichoreuse secrétée par des vaisseaux dont l'action est devenue pathologique; en outre, comme nous l'avons dit plus haut, si nous jetons les yeux sur les différens tissus des organes qu'une ininflammation ulcérative a envahis, nous trouvons les mêmes tissus changés en une pulpe grisâtre, verdâtre ou jaune; les maladies inflammatoires du foie, de la râte, des reins, de l'uterus ou des ovaires nous fournissent des preuves si concluantes à cet égard, qu'il serait inutile d'insister plus long-tems sur les divers effets de l'inflammation qui, par sa nature, tend souvent à la métamorphose morbide du tissu dans lequel elle s'est établie.

Aux circonstances individuelles qui exercent une si puissante influence sur la métamorphose dont nous nous sommes occupé jusqu'ici, nous pouvons encore ajouter

l'état général de la constitution de l'individu qui est en proie à la phlegmasie ; car si les solides et les fluides ont perdu leur composition zoochimique normale, comme chez les scrophuleux et les scorbutiques, les irritations inflammatoires suivies de suppuration, fournissent également une matière puriforme de composition, de consistance et de nature très-diverses, qui diffère totalement du pus appelé louable ; par conséquent on n'en peut raisonnablement conclure que la matière hétérogène qu'on trouve remplacer le tissu normal, n'est pas l'effet de l'inflammation qui a envahi celui-ci par la seule raison que celle-là ne présente aucune des propriétés auxquelles on puisse reconnaître le vrai pus.

En nous fondant ainsi sur l'observation directe et sur l'analogie la plus évidente, nous n'hésitons pas de conclure avec le célèbre professeur de Montpellier, et contradictoirement à l'opinion de Recamier et de Rostan, que la désorganisation du tissu cérébral désignée sous le nom de ramollissement, est l'effet immédiat d'une phlegmasie dont la nature peut, avec la constitution de l'individu et quelques autres circonstances, contribuer à faire varier l'aspect, la couleur, la consistance et la composition chimique du produit morbide qui remplace le tissu normal de la portion du cerveau que l'inflammation a envahie.

SECTION DEUXIEME.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DES SYMPTÔMES.

Une des causes qui nous semble rendre le diagnostic du ramollissement cérébral si obscur, est la complication d'arachnitis tantôt aiguë, tantôt chronique, qui accompagne ou précède souvent la métamorphose morbide du tissu encéphalique, et d'autrefois lui succède. En effet, il nous est arrivé plus d'une fois qu'après avoir cru reconnaître la nature et le siège de la maladie par ses symptômes, nous trouvions dans les cadavres de ceux qui avaient succombé, indépendamment de la lésion de la substance du cerveau, à laquelle nous nous attendions, des traces non équivoques de l'inflammation de la séreuse qui enveloppe ce viscère; telles que l'adhérence entre les divers feuillets de l'arachnoïde, l'épanchement seroso-purulent dans les ventricules latéraux, etc. Dans de semblables circonstances le facies morbi nous paraît bien douteux sous le rapport du diagnostic, parce que les signes relatifs à chacune des affections coexistentes sont loin d'être caractéristiques. Malgré cette difficulté qui n'est pas légère, Lallemand (1) indique comme criteria du ramollissement cérébral, « *Symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale et intermittente.*" Rostan (2) admet deux espèces de ramollissement, l'un inflammatoire, l'autre non inflammatoire; toutes les deux offrent selon lui deux périodes distinctes. Pendant la

(1) Recherches Anatomico-pathologiques sur l'Encéphale et ses dépendances. Gand, 1827. in-8. Tom. I^r. pag. 175.

(2) Cours de Médecine Clinique. Paris, 1827. in-8. Tom. 2^d, pag. 302 et suiv.

première, le patient accuse les vertiges, la céphalalgie, l'éblouissement, l'engourdissement d'un ou de plusieurs membres; les sensations externes deviennent plus obtuses, et l'intelligence s'affaiblit: mais quand on compare ces signes avec ceux qui précèdent fréquemment l'hémorrhagie (1), on est obligé de convenir que pendant cette première période la distinction des deux maladies devient impossible; quant à nous, nous ne sommes aucunement étonné de cette difficulté, puisque la cause prochaine nous paraît être la même et dans l'hémorrhagie cérébrale circonscrite, et dans la maladie qui nous occupe.

Lorsque le ramollissement cérébral est inflammatoire, on observe pendant la seconde période les symptômes suivans (2): céphalalgie plus vive, douleurs, élancemens, quelquefois déjà contracture des membres supérieurs et inférieurs, sensations plus exaltées, délire, coma, convulsions, flaccidité, paralysie des membres, déviation de la bouche, émission involontaire de l'urine et des fæces, stupeur, indifférence, extinction successive de la voix, prononciation lente, decubitus plumbeus, sueurs visqueuses et fétides, soif ardente, rougeur de la face, chaleur vive de la peau, pouls fort et fréquent, sensibilité assez vive de l'épigastre, en un mot pyrexie.

Quand le ramollissement n'est pas inflammatoire, à la seconde période se manifestent les criteria qui suivent (3): dans la plupart des cas, intelligence libre, céphalalgie moins vive, lenteur extrême des réponses, coma complet, paralysie des membres, pâleur de la face, température normale de la peau, pouls plus dur, plus lent et plus faible, intermittent, irrégulier, respiration sterto-

(1) V. Chap. II. Sect. prem. de cet ouvrage.
(2) Rostan, ouvrage cité, pag. 307 et suiv.
(3) Rostan, ouvrage cité, p. 308 et suiv.

reuse; du reste, appétit nul, dents sèches, langue rugueuse, gercée, fendillée, brune noirâtre, déglutition impossible, etc.

Avant d'examiner la valeur diagnostique des signes par lesquels, au dire de Rostan, on distingue les deux espèces de ramollissement cérébral, nous allons nous occuper un instant de ceux qu'on invoque aujourd'hui pour reconnaître l'existence de cette métamorphose morbide. Ils sont déjà énumérés plus haut, par conséquent, pour éviter des répétitions inutiles et ennuyeuses, nous les considérerons chacun séparement. Lorsqu'on compare ces criteria avec les lésions de tissu trouvées dans les cadavres de ceux qui ont succombé à cette redoutable affection de l'encéphale, ils nous semblent tous offrir une valeur diagnostique assez faible puisqu'on les rencontre pour la plupart dans l'inflammation hémorrhagique de l'encéphale (apoplexie sanguine). En veut-on la preuve? que l'on compare les observations n° I à XII du présent chapitre avec celles rapportées dans la deuxième section du précédent, et l'on voit facilement que la paralysie, la perte de l'intelligence, les convulsions, l'état comateux et les autres phénomènes morbides sont absolument identiques. La distinction basée sur l'état du pouls n'est pas plus heureuse, puisque le développement, la tension et la lenteur des pulsations artérielles sont communes à l'hémorrhagie et au ramollissement du cerveau ainsi que le prouvent les observations n° I, VII, VIII, IX et XII, rapportées dans la première section de ce chapitre. Quant à la contracture ou rigidité des membres, l'arachnitis aiguë offre ce symptôme presqu'aussi fréquemment que la cérébrite, et par conséquent ce n'est pas un criterium décisif; il en est de même des convulsions chloniques des membres, de la déviation de la bouche; puisque ces phénomènes se mani-

festent aussi dans l'hémorrhagie cérébrale, et sur-tout les premiers quand cette maladie a fixé son siège dans les couches des nerfs optiques ou dans les tubercules quadrijumeaux. D'ailleurs le médecin n'ignore pas que lorsque l'arachnitis vient compliquer la cérébrite, les symptômes apoplectiformes apparaissent dès l'instant que l'épanchement séreux ou puriforme est formé dans les cavités du cerveau, ou entre les enveloppes de ce viscère à la base du crâne.

Quoique la respiration présente des désordres très-remarquables pendant la seconde période de la cérébrite, cependant comme signe diagnostique, elle est trop fallacieuse pour qu'on ose s'y fier; cette remarque est d'autant plus importante que dans plusieurs maladies de l'encéphale arrivées au plus haut degré, cette fonction est presque toujours gênée, incomplète, lente et inégale; les poumons se dilatent incomplètement parce que l'action dilatante des puissances inspiratrices est très-affaiblie; circonstance qui contribue encore davantage à augmenter la congestion du sang dans le cerveau, et les suites qu'un pareil état de choses entraîne nécessairement.

On en peut dire autant des autres symptômes qui prennent leur source dans le trouble de la même fonction, mais qui n'en sont que les effets secondaires, tels que la lenteur et la difficulté de la prononciation, l'extinction successive de la voix, l'aphonie, le ronflement, etc.

D'après la discussion dans laquelle nous sommes entré relativement à la valeur diagnostique des signes qui décèlent le ramollissement du tissu cérébral, nous croyons pouvoir assurer que dans l'état actuel de nos connaissances médicales, le diagnostic de cette affection est impossible; qu'on en peut soupçonner l'existence d'aprés le mode d'invasion et l'ordre de succession que suivent

les symptômes, d'après leur marche inégale et intermittente, et finalement d'après leur extension progressive; ainsi l'hémorrhagie cérébrale éclate brusquement, est accompagnée dans l'instant même de paralysie de la langue, des muscles de la face, d'une ou de plusieurs extrémités, etc.; la cérébrite tendant à l'encéphalo-malaxie offre une marche insidieuse, lente et obscure; les malades accusent pendant quelque tems des symptômes vagues et fugitifs qui ne les empêchent pas de vaquer à leurs occupations; insensiblement la maladie fait des progrès, elle s'annonce alors par la diminution de l'intelligence et l'affaiblissement général des sensations externes; la faiblesse ou les convulsions des membres sont bientôt suivies de contracture, laquelle en peu de jours est remplacée par la paralysie souvent accompagnée de perte de sentiment. Le trouble des fonctions de l'encéphale suit une marche inégale et lente, mais dans un espace de tems donné, celles-ci sont totalement suspendues et suivies de l'état comateux mortel. Dans d'autres cas, les symptômes fonctionnels affectent la forme intermittente comme Lallemand l'a prouvé par des observations cliniques très-précises; en sorte que si le médecin a pu observer la maladie dès l'invasion, et l'a vue se développer par degrés, que les symptômes se soient manifestés de la manière que nous venons d'indiquer, le diagnostic devient moins obscur et assez facile pour qu'il puisse éviter l'erreur; toutefois la grande difficulté subsiste quand l'arachnitis cérébrale vient compliquer la phlegmasie de la substance encéphalique.

Si l'on admet, suivant l'opinion de M. Rostan, l'existence du ramollissement cérébral non-inflammatoire, il se présente une question à résoudre, savoir : y a-t-il des signes auxquels on puisse distinguer celui-ci de l'inflammatoire? Avant de répondre, jettons les yeux sur les

observations I, II, III, VI, IX, XI et XII du présent chapitre. Nous nous convaincrons que les variations continuelles du pouls, de la température de la peau, et des autres fonctions ne permettent plus de distinguer entr'elles les deux espèces de ramollissement; quant aux fonctions du cerveau, les troubles qu'on y observe dans l'un et l'autre cas, sont absolument les mêmes. La XIIIme observation est encore plus désespérante et capable de déconcerter l'observateur le plus habile; en effet, ici apparaissent la plupart des symptômes qu'on regarde comme diagnostiques de l'encéphalo-malaxie, et cependant la nécropsie aide à découvrir la mutation morbide du tissu cérébral qui présente un caractère tout opposé, et coïncide avec d'autres lésions de l'encéphale les unes plus graves que les autres; de sorte qu'on s'y perd et qu'un médecin de bonne foi est réduit à avouer franchement son erreur, sans oser promettre que désormais il saura l'éviter.

Pour ce qui regarde la cause prochaine du ramollissement non inflammatoire, nous croyons qu'il est également le résultat d'une phlegmasie chronique; en effet, l'absence de la pyrexie ne nous paraît pas une raison assez concluante pour admettre que la nature de cette cause n'est pas inflammatoire; puisqu'un grand nombre d'observations prouve que lorsque l'inflammation est lente ou chronique, les fonctions de l'appareil circulatoire sont souvent peu dérangées, et les symptômes résultant des troubles fonctionnels sont fugitifs, éphémères et très-irréguliers, au point que les nécropsies seules nous font découvrir des inflammations violentes dont nous étions loin de soupçonner l'existence pendant la vie; ainsi les tissus de la rate, du foie, des reins, de la muqueuse gastro-intestinale offrent bien souvent les effets d'une phlegmasie, quoique les malades aient rarement

offert les symptômes de la pyrexie; comme nous l'avons dit dans la première section de ce chapitre, les tissus qui ont été long-tems en proie à une telle affection, subissent des métamorphoses morbides qui les convertissent en une matière diffluente, mollasse et ichoreuse; ou bien par une aberration des lois de la nutrition, ils se changent les uns dans les autres, ou offrent des substances nouvelles qu'il est impossible de décrire: par conséquent, nous croyons qu'identiques dans leur nature les divers ramollissemens du tissu encéphalique ne diffèrent que par le caractère de la phlegmasie qui les produit; phlegmasie qui tantôt aiguë se reconnaît par la matière puriforme qu'on voit remplacer le tissu du cerveau; tantôt chronique, et donne lieu à la transformation du même tissu en une matière diffluente et pulpeuse appelée *bouillie jaunâtre ou grisâtre*: dans le premier cas l'inflammation est palpable parce qu'elle se manifeste par les phénomènes locaux et généraux qui décèlent son existence; dans le second elle se dérobe à l'observation parce qu'elle est réduite aux seuls effets localisés dans le tissu affecté.

En discutant la doctrine d'un médecin aussi éclairé que l'auteur du Traité sur le ramollissement du cerveau et du Cours de la médecine clinique, nous avons été conduit uniquement par l'amour de la vérité; comme lui, nous avons la conviction que du choc des opinions jaillit toujours un rayon de lumière.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

ERRATA A CORRIGER.

Page	80,	*ligne*	15,	d'une	*lisez*	une
--	224,	--	33,	rires	--	ris
--	240,	--	30,	indiquée	--	indiqué
--	269,	--	9,	viscère	--	vision
--	301,	--	8,	mêlée	--	mêlé
--	304,	--	8,	dépends	--	dépens
--	304,	--	18,	sa - atrophée	--	la - atrophiée
--	314,	--	28,	donnés	--	données

SOME TIGHT
GUTTERS